

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CURITIBA
FACULDADE DE DIREITO DE CURITIBA**

RAÍSSA SBRISSIA MENDES

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E A
RESPONSABILIDADE DO ESTADO**

**CURITIBA
2018**

RAÍSSA SBRISSIA MENDES

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E A
RESPONSABILIDADE DO ESTADO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Direito do
Centro Universitário Curitiba como
requisito para obtenção de diploma de
bacharel em Direito.

Orientadora: Ana Luiza Chalusnhak.

**CURITIBA
2018**

RAÍSSA SBRISSIA MENDES

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E A
RESPONSABILIDADE DO ESTADO**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Direito do Centro Universitário Curitiba, pela Banca examinadora formadas pelos
professores:

Professora Orientadora: _____
Ana Luiza Chalusnhak.

Professor membro da banca

Curitiba, de _____ de 2018.

Ao meu pai Osni, exemplo de luta e resistência e a minha mãe Elis, luz que iluminou esta caminhada.

RESUMO

O presente trabalho consiste em uma análise jurídica dos efeitos decorrentes da violação do direito fundamental à saúde nas ocorrências de violência obstétrica. O direito à saúde é assegurado constitucionalmente e reconhecido como direito fundamental de segunda geração, ou seja, com a característica da relação prestacional do Estado à população, possui a noção de um direito subjetivo mas com aplicabilidade a toda a população. Dada a natureza prestacional assumida pelo Estado, reforçando sua postura de Estado Social, é necessário a existência de mecanismos que viabilizem a realização deste direito, que ocorre através dos serviços públicos. Os serviços públicos sociais por sua vez são os que englobam as prestações do direito à saúde e é através do Sistema Único de Saúde que é disponibilizado diretamente a população. Contudo é justamente nesse meio que ocorrem grande parte dos casos de violência obstétrica, que se caracteriza por diversas práticas ou omissões desumanas e desrespeitosas com a mulher no momento do parto, após ou em situações de abortamento, que incluem violência física, psicológica, abusos de medicamentos entre outros. Diante deste quadro faz-se necessária uma análise acerca das legislações que protegeriam as mulheres nessas situações, desde tratados internacionais até mesmo leis estaduais e ainda a possibilidade de busca da responsabilização do Estado nos casos em que a violência obstétrica ocorre dentro de seus serviços públicos.

Palavras chave: Direito à saúde. Serviço Público. Sistema Único de Saúde. Violência Obstétrica. Responsabilidade extracontratual do Estado.

ABSTRACT

The current study consists of a legal analysis on the effects arising from the violation of the fundamental right to good health in the occurrences of obstetric violence. The right to good health is constitutionally guaranteed and recognized as a fundamental second-generation right, i.e., with the characteristic of the State as a provider to the population, it is a subjective right but with applicability to the entire population. Given the provider nature of the State, and reinforcing its position as a Social State, it is necessary to have mechanisms that enable the realization of this right, which occurs through public services. The social public services are those that include the provision of the right to good health and it is through the Unified Health System (SUS) that is made available directly to the population. However, it is precisely in this context that most of the cases of obstetric violence occur, characterized by various inhuman and disrespectful practices or omissions with women at the time of childbirth, after or in abortion situations, including physical and psychological violence, medicine abuse among others. Given this context, it is necessary to analyze legislation that would protect women in these situations, from international treaties to state laws and also the possibility of seeking State accountability in cases that obstetric violence occurs within public services.

Key words: Right to good health. Public service. Unified Health System (SUS). Obstetric Violence. Non-contractual liability of the State.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

AgR-RE – Agravo Regimental em Recurso Extraordinário

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

ICMS – Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços

IPI- Imposto de Produtos Industrializados

IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

ISS – Imposto Sobre Serviços

ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bem Imóvel

ITCMD – Imposto de Transmissão *Causa Mortis* e Doação

ITR – Imposto sobre Propriedade Territorial Rural

OMS – Organização Mundial da Saúde

PL – Projeto de Lei

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Tribunal de Contas Estadual

TCM – Tribunal de Contas Municipal

TCU – Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	8
2.DIREITO À SAÚDE	9
2.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO.....	9
2.2 DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	14
3. A SAÚDE ENQUANTO PRESTAÇÃO DO ESTADO	19
3.1 SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	20
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	26
4. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	39
4.1 CONCEITOS, TIPOS E EFEITOS	40
4.2 REGULAMENTAÇÕES	53
5. DA RESPONSABILIDADE ESTATAL	58
5.1 CONCEITO E EVOLUÇÃO	58
5.2 O TRATAMENTO JURISPRUDENCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	64
6. CONCLUSÃO	68
7. REFERÊNCIAS	70

1. INTRODUÇÃO

Em pesquisa divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo¹ foi constatado que 1 a cada 4 mulheres é vítima de violência obstétrica no Brasil. Trata-se de um fenômeno complexo que envolve diversas práticas, como negligência, violência física, abuso de medicamentos, práticas médicas sem o consentimento expresso da parturiente, violência verbal e psicológica, tratamentos inapropriados e principalmente desumanos.

Ainda sem regulamentação no ordenamento brasileiro, a violência obstétrica vem ganhando a cada dia mais visibilidade e consciência, principalmente em razão do ciberativismo.

Diante de mais uma forma de violência contra as mulheres, cumpre refletir acerca das consequências jurídicas da violência obstétrica quando ocorridas no serviço público de saúde.

O presente trabalho visa analisar a violência obstétrica a partir de uma perspectiva do direito fundamental a saúde, assegurado e garantido constitucionalmente e prestado pelo Estado através do Sistema Único de Saúde.

Diante da evidente violação de direitos das mulheres que as práticas da violência obstétrica geram, também faz-se necessário uma análise relacionada a responsabilidade do Estado nas ocasiões em que ele através dos serviços públicos, se dispõe a entregar o direito à saúde à população e são justamente seus agentes os praticantes dessas terríveis ações.

Tem-se em tela então o direito à saúde, direito fundamental e indispensável, que dada a sua natureza necessita de um estrutura prestacional do Estado que o disponibilize de forma universal e isonômica, um sistema planejado para atender essas necessidades e a prática da violência obstétrica dentro desse sistema.

A disponibilização de um serviço pelo Estado atribui a ele responsabilidades que devem ser imputadas. O propósito deste trabalho visa esclarecer e apresentar além de uma análise acerca da violência obstétrica, as medidas cabíveis diante desta situação e o tratamento dado pelo poder judiciário.

¹ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 15 ago 2018.

2. DIREITO À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 define saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, devendo ser garantido através de políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças, atuando de forma preventiva, pretendendo desta forma evitar possíveis casos de agravos, garantindo aos brasileiros acesso universal e igualitário à saúde.

Desta feita, conforme destaca o Ministro Celso de Mello em seu voto no Supremo Tribunal Federal, no AgR-RE 271.286-8² acerca do assunto, o direito à saúde possui uma perspectiva de direito público assegurado constitucionalmente que pressupõe uma relação jurídica obrigacional, sendo tratado como um direito público subjetivo assegurado à generalidade com prerrogativa indisponível, diretamente atrelado de forma indissociável ao direito à vida. Sendo função do Estado desenvolver e implantar políticas públicas sociais e econômicas que busquem garantir um acesso universal e igual a este direito fundamental. Destaca ainda que a interpretação da Carta Magna não pode se constituir de meras promessas constitucionais, haja vista que caso o Estado não o fizer, é passível de fraudar as legítimas expectativas depositadas nele. É necessário que o direito à saúde seja integralmente respeitado e plenamente garantido.

Diante disto, cumpre discorrer sobre o direito à saúde, sua evolução no ordenamento jurídico e as características constitucionais que possui.

2.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS DE SEGUNDA DIMENSÃO

O constituinte com a intenção de elencar os direitos fundamentais os dividiu em cinco categorias, direitos individuais e coletivos, direitos sociais, direitos de nacionalidade, direitos políticos e direitos relacionados à participação política. Também são doutrinariamente divididos em direitos de primeira, segunda, terceira e quarta dimensão³. Com relação ao tema tratado neste presente trabalho cabe

² Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental em Recurso Extraordinário 271.286**, Rel. Min. Celso de Mello, DJ 12.09.2000. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538> > Acesso em: 20 mar 2018.

³ MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2015. p. 31

ressaltar os direitos fundamentais de segunda dimensão, também conhecidos como direitos sociais.

Previstos no artigo 6º da Constituição Federal⁴ os direitos sociais, também conhecidos como direitos fundamentais de segunda dimensão são definidos como:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição

Deve-se partir de uma contextualização histórica para entender o desenvolvimento dos direitos fundamentais e as transformações ocorridas na sociedade para que se chegasse ao panorama atual.

De acordo com a visão de Paulo Gustavo Gonet Branco⁵ após a Declaração dos Direitos do Povo da Virgínia de 1776 e da Declaração do Homem e do Cidadão de 1789, resultantes das revoluções americana e francesa, nasce a primeira perspectiva dos direitos fundamentais, com a garantia da autonomia pessoal dos cidadãos na tentativa de evitar o controle do Estado sobre suas decisões individuais, ou seja, de proteção do cidadão em relação à intervenção governamental. Esses direitos também são taxados como direitos fundamentais de primeira geração, também conhecidos como Direitos de Liberdade.

Nesta dimensão de direitos fundamentais resultantes de movimentos sociais com fundamentos iluministas e jusnaturalistas, os direitos individuais seriam invioláveis, imprescindíveis e inalienáveis, uma vez que nesta perspectiva o Estado não deveria ter influência sobre a população, possuindo um caráter negativo, de abstenção em relação aos indivíduos.

Entretanto, após a preocupação apenas com o direito do homem como ser individual, houve a percepção de que as liberdades frente ao Estado não eram suficientes para uma vida autônoma. O descaso com problemas sociais existentes, acentuados pelo crescimento demográfico, com o processo de industrialização em cena, ressaltando com ele as desigualdades sociais, fez com que o povo passasse a fazer novas reivindicações.

⁴BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 20 mar 2018

⁵ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.137.

Foi imposto ao Estado um papel ativo, devendo ele garantir a justiça social e também mecanismos à população hipossuficiente que os capacitasse a alcançar a igualdade, nascendo assim a partir disto a perspectiva dos direitos fundamentais de segunda geração.

Em outras palavras, não era suficiente somente a vida do cidadão livre frente ao governo para que se alcançasse a liberdade de fato, ela se daria também através do Estado.

Este novo papel atribuído ao Estado, ainda seguindo a linha de pensamento do autor acima referido, deixa de lado o ideal abstencionista do Estado Liberal, haja vista que não atendia mais os interesses sociais como um todo. A partir daquele momento a máquina estatal deveria agir como agente que fornece meios ao povo para que superassem suas angústias estruturais.

Com este novo papel sendo desempenhado, o Estado passou a prover diversas seguridades sociais, através de intervenções na vida econômica e orientações visando à justiça social a qual a sociedade reivindicava.

Em consequência, os direitos fundamentais de segunda dimensão não pretendem apenas a proteção do indivíduo, mas também a proteção dos desiguais, obrigando o Estado a prestações positivas, buscando uma possível liberdade real e igual a todos os cidadãos.

No rol dos direitos fundamentais de segunda geração são incluídos o direito a assistência social, educação, trabalho e o principal tratado neste trabalho, o direito à saúde.

Nesta dimensão dos direitos fundamentais, a categorização feita ao serem taxados como direitos sociais, não esta ligada ao fato de que possuem destinação a coletividade, mas sim aos ideais de justiça social sendo provida pelo Estado.⁶

Na visão de José Afonso da Silva⁷, os direitos sociais possuem a seguinte conceituação:

(...) são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao

⁶ MENDES; BRANCO, 2015. p. 137.

⁷SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 30. ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2011. p. 286 – 287.

auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.

O autor acima referido classifica os direitos sociais em seis categorias: direitos sociais relativos ao trabalhador, direitos sociais relativos à seguridade, incluindo nesta o direito à saúde, previdência e assistência social, direitos sociais relativos à educação e à cultura, direitos sociais relativos à moradia, direitos sociais relativos à família, criança, adolescente e idoso e por fim direitos relativos ao meio ambiente. E ainda separa dos direitos fundamentais de segunda dimensão como direitos sociais do homem como produtor e do homem como consumidor.

Nesta divisão os direitos sociais do homem como produtor estão englobados os direitos relativos às relações de trabalho e na categoria de direitos do homem como consumidor estão elencados o direito à saúde, à seguridade social, ao desenvolvimento intelectual, ao igual acesso à instrução, à formação profissional, à cultura e ao desenvolvimento da família.

Diante destas divisões citadas cabe ressaltar os direitos sociais do homem como consumidor. Para o autor, a seguridade social é o mais eficiente instrumento que garante o suprimento das necessidades sociais, o cidadão aqui possui um papel de segurado, uma vez que contribui para fazer jus aos serviços prestados pelo Estado.

Contudo, segundo a linha de pensamento de Saulo Lindorfer Pivetta⁸ as divisões entre os direitos fundamentais como direitos de defesa e direitos de prestação possuem meros fins didáticos. Para ele, os direitos fundamentais possuem uma multifuncionalidade, ou seja, além de possuírem a finalidade de garantia subjetiva, possuem eficácia objetiva, ou seja, podem ser aplicadas a coletividade de forma genérica através de diversas formas.

O referido autor ainda discorre sobre a perspectiva jurídico objetiva, sendo que além da função de garantia, os direitos fundamentais possuem eficácia aplicada a todo o ordenamento jurídico, possuindo também características de traçar linhas de atuação não apenas no tangente ao cidadão, mas também oferecendo perspectivas de institucionalizar valores aplicados a toda legislação do Estado Democrático de Direito.

⁸ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde Regime Jurídico, políticas públicas e controle judicial**. e-book. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. Acesso em: 20 abr 2018.

Carlos Miguel Herrera⁹ por sua vez ressalta a diferença da natureza jurídica entre os direitos fundamentais de primeira e segunda dimensão, iniciando pela distinção escolhida pelo legislador ao tratar dos mesmos como “direito de” na perspectiva dos direitos individuais e como “direito à” na perspectiva dos direitos sociais, implicando com isso o ideal de que ao primeiro é garantida uma abstenção do Estado e ao segundo o dever de uma prestação material.

O autor ainda discorre sobre a posição diversa em que os direitos sociais se encontram em relação aos direitos individuais, uma vez que a ideia de prestação de auxílio do Estado pressupõe a existência da sociedade já constituída para que seja possível ao governo colocar em funcionamento os serviços públicos que possuam a finalidade de satisfazer as necessidades sociais.

De acordo com Marcelene Carvalho da Silva Ramos,¹⁰ os direitos fundamentais em geral comportam duas divisões, a de Direitos Originais que podem ser deduzidos diretamente das normas que os garantem, não dependendo de atividade legislativa e ainda em Direitos Derivados à Prestações que dependem da anterior existência de um sistema que promova a realização desses direitos garantindo o acesso de forma isonômica.

Segundo ela, a opção do legislador em assumir a obrigação das prestações sociais está elencada logo no artigo terceiro, inciso terceiro da Constituição Federal, no qual há o comprometimento em reduzir as desigualdades sociais. Ao definir-se como Estado Democrático Social, assumiu a obrigação da prestação social a população através da qual reforçou a ideia de que estão diretamente ligados a função do Estado, que por sua vez deve zelar por uma adequada e justa distribuição dos bens existentes a fim de contribuir para o desenvolvimento da sociedade.

Cabe ressaltar outra característica de suma importância constituída aos direitos fundamentais, que é a proibição de retrocesso. De acordo Walter Claudius Rothenburg¹¹, a vedação ao retrocesso possui caráter garantista não apenas frente

⁹ HERRERA, Carlos Miguel. Estado, Constituição e Direitos Sociais. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Orgs). **Direitos Sociais, Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 6.

¹⁰ RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O Direito Fundamental à Saúde na Perspectiva da Constituição Federal: Uma Análise Comparada. **Revista Jurídica da Procuradoria do Estado do Paraná**. Curitiba. n.1. 2010. p. 53-92. Disponível em: <http://www.pge.pr.gov.br/arquivos/File/Revista_PGE_2010/04_O_direito_fundamental.pdf> Acesso em: 29 mar 2018.

¹¹ ROTHENBURG, Walter Claudius. In. CLÉVE, Clémerson Merlin (coord.). **Direito constitucional brasileiro - volume I: Teoria da constituição e direitos fundamentais**. e-book. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. Acesso em: 19 abr 2018.

ao legislador, mas também frente ao administrador, haja vista que não aplica-se somente sobre o ordenamento jurídico mas também às políticas públicas desenvolvidas pelo Estado.

Segundo o autor não é razoável que os direitos fundamentais sejam objeto de retrogração, haja vista que o Estado Democrático de Direito possui comprometimento com o avanço social e não com o retrocesso.

Desde o preâmbulo da Constituição Federal há o comprometimento do constituinte em assegurar a realização dos direitos sociais. A importância com que esses direitos são tratados não deixam dúvidas de que o Estado possui o dever prestacional na realização dos direitos fundamentais de segunda dimensão e não permitir seu retrocesso, devendo prover mecanismos e ações que garantam ao cidadão o direito de acesso igualitário e universal aos mesmos.

Diante do exposto e do propósito do presente trabalho, faz-se necessário discorrer mais detalhadamente sobre o direito fundamental de segunda dimensão relativo ao direito à saúde.

2.2 DIREITO À SAÚDE DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira constituição brasileira a consagrar o direito à saúde com a perspectiva de direito fundamental. Após a primeira previsão com *status* de direito fundamental de segunda dimensão previsto no artigo 6º da Carta Magna, o constituinte optou por novos dispositivos legais que tratam apenas do direito à saúde, a começar pelo artigo 196¹² reforçando desta forma a jusfundamentalidade do direito à saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ao analisar este artigo, logo no início da redação o legislador evidencia o direito à saúde como direito de todos. Gilmar Mendes¹³ possui seu posicionamento

¹²BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20 mar 2018.

¹³ MENDES; BRANCO. 2015. p. 660- 662.

resumido ao fato de que é possível identificar tanto um direito individual como um direito coletivo de proteção à saúde.

O Ministro Celso de Mello¹⁴, por sua vez defende que o direito à saúde é um direito público subjetivo assegurado à generalidade com prerrogativa indisponível, conforme já foi citado no início deste capítulo.

Por se tratar de uma relação obrigacional entre Estado e cidadão através da qual se extrai a necessidade de ações estatais para a realização dos direitos envolvidos, não seria possível ao constituinte apenas versar sobre os direitos fundamentais de segunda dimensão sem prever meios de execução para tal, impondo assim o dever de prestação positiva a todos os entes federados.

O referido autor prossegue desmembrando o referido artigo, ao passo que ao analisar o dever do Estado, alega que trata-se de um dever fundamental, a partir do qual os entes federativos devem desenvolver ações que reduzam doenças, protejam e visem a recuperação da saúde. Essas medidas incluem como prioritárias as ações preventivas, conforme versa o artigo 198, inciso segundo da Constituição Federal¹⁵:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
(...)
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
(...).

As disposições legais ainda preveem políticas que garantam o acesso universal e igualitário ao serviço público de saúde, reforçando a responsabilidade solidária dos entes federados em fornecer este acesso. Essas prestações possuem caráter positivo, uma vez que visam concretizar a isonomia subjetiva e social de acesso ao direito fundamental à saúde.

De outra forma, o direito à saúde deve ser efetivado através de ações específicas com aplicabilidade individual, assim como através de medidas amplas que visem a redução de doenças e outros numa visão de aplicabilidade coletiva, ou

¹⁴ STF. AgR- RE 271.286, 2000.

¹⁵BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 22 mar 2018.

seja, as políticas públicas poderão ser relacionadas a um caso concreto ou serem direcionadas ao melhoramento do sistema de saúde como um todo.

Lígia Bahia que por sua vez possui posicionamento quanto as características do direito à saúde no mesmo sentido, conforme pode ser ilustrado no trecho a seguir:

O direito à saúde elevado ao patamar de direito essencial em função de sua ligação intrínseca com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana no âmbito da positivação dos direitos sociais atribuída pela Constituição de 1988, traduz-se no reconhecimento da saúde como direito público subjetivo de eficácia plena e imediata. A tutela estatal e o agir positivo, ao ensejarem a criação e efetivação de políticas públicas, fazem com que esses direitos adquiram caráter coletivo¹⁶.

Na visão de José Afonso da Silva¹⁷, a primeira Carta Magna a reconhecer o direito à saúde com status de direito fundamental foi a Constituição italiana, o tratando como direito individual de interesse da coletividade, em segundo lugar cita a Constituição portuguesa que trouxe consigo uma perspectiva de universalidade do mesmo.

A maior relevância destas constituições está ligada ao fato de que ambas relacionaram o direito à saúde com a seguridade social. Assim como foi opção do legislador brasileiro, devendo o Estado promover ações e meios que além de assegurar o direito à saúde, também o tornem eficaz.

De acordo com Saulo Lindorfer Pivetta¹⁸ o direito à saúde assegura tanto um direito fundamental de defesa, quanto um direito de prestação. Predominantemente possui caráter prestacional, exigindo políticas positivas do Estado para sua realização, contudo possui também o viés de proteção, relacionado à liberdade pessoal do indivíduo, sendo necessária uma posição negativa.

Em outras palavras o Estado tem a obrigação constitucional de fornecer meios de efetivação do direito à saúde, contudo não possui legitimidade para impor essas dadas ações aos indivíduos, não podendo intervir na escolha pessoal do cidadão de seguir ou não o tratamento de saúde recomendado ou na opção de não submeter-se a tal procedimento, pois caso o fizesse estaria interferindo diretamente na liberdade de escolha do cidadão.

¹⁶BAHIA, Lígia. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>> Acesso em: 21 abr 2018.

¹⁷ SILVA. 2011. p. 309.

¹⁸ PIVETTA. 2014.

O direito à saúde é regido pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações públicas desenvolvidas pelo Estado com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde como um todo. Possuindo aplicação imediata, de acordo com o artigo 5º, parágrafo 1º da Constituição Federal¹⁹.

A visão de Marcelene Carvalho da Silva Ramos²⁰ defende que o direito à saúde possui duas faces, o de preservação da saúde que pretende a preservação da mesma, ou seja, possui um caráter de proteção genérica, um exemplo seria o direito a um meio ambiente sadio, e o de proteção e recuperação possuindo uma perspectiva de direito individual dos cidadãos e também exigindo uma prestação positiva por parte do Estado, que por sua vez deve garantir o acesso e a realização do mesmo.

Ainda de acordo com a autora acima referida, qualquer norma constitucional possui eficácia jurídica e ao ser interpretada e aplicada deve sempre ser buscada sua máxima efetividade. O direito à saúde é lesado ao passo que estando diretamente dependente do poder legislativo para ser concretizado, deixa de possuir a natureza de aplicação plena que possui garantido pelo artigo quinto, parágrafo primeiro da Constituição federal. Ao não concretizar este direito o legislador torna-se passível de ser objeto de Ação de Inconstitucionalidade por Omissão devido a sua inércia frente a concretização do direito à saúde.

A aplicação das normas constitucionais deve sempre partir da ideia de reforçar a força vinculante da mesma, na busca de otimizar e maximizar sua eficácia, principalmente no que tange aos direitos fundamentais.

De acordo com Fátima Vieira Henriques²¹, a Constituição Federal de 1988 adotou um postura ampla em relação às previsões e regulamentações referentes ao direito à saúde, ao realizar a delimitação de suas implementações positivas tanto sob a perspectiva da saúde coletiva, como também sob as prestações individuais.

¹⁹ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
(...)

§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

(...)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 23 mar 2018.

²⁰RAMOS, 2010. p. 53-92.

²¹ HENRIQUES, Fátima Vieira. Direito Prestacional à Saúde e Atuação Jurisdicional. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Orgs). **Direitos Sociais, Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. 1. ed. Rio de Janeiro, 2010. p. 829 - 840.

Ao tratar de seguridade social, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu diversos quesitos que deveriam ser observados obrigatoriamente, como a universalidade das prestações de saúde, pondo fim ao sistema anterior que disponibilizava o acesso ao sistema público de saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social. Ao entrar em vigor, estendeu esse direito a todos os indivíduos indistintamente, independente de filiação a um regime previdenciário ou prévia contribuição, bem como a igualdade de acesso e ainda a integralidade de atendimento.

Reforçada a ideia de que o direito à saúde exige a prévia existência de um sistema que o realize e o promova, garantindo acesso universal e igualitário, o Estado que assumiu para si o papel de provedor de direitos sociais, necessitou buscar formas de concretização. Cumpre discorrer sobre os meios que a máquina estatal encontrou para prover o direito à saúde garantindo seu acesso a toda a população.

3. A SAÚDE ENQUANTO PRESTAÇÃO DO ESTADO

Conforme já tratado anteriormente, o Estado ao adotar uma postura de Estado Social necessita desenvolver formas de realizar os direitos que elegeru como dignos de sua prestação. É necessária que haja uma forma de viabilizar a natureza prestacional dos direitos fundamentais de segunda geração, ou seja, o Estado deve criar meios para realizar as ações positivas que lhe foram conferidas a fim de disponibilizar estes direitos a população.

Segundo a linha de pensamento de Alexandre dos Santos Aragão²², a evolução da sociedade acabou por incumbir o Estado da satisfação das necessidades humanas, não apenas subjetivamente, sanando as necessidades do povo individualmente, mas também objetivamente, haja vista que para o andamento harmonioso da sociedade o povo deveria ter suas necessidades atendidas.

O caráter prestacional dos direitos fundamentais de segunda geração pressupõe medidas positivas estatais para sua efetivação. Em outras palavras, para que o Estado seja capaz garantir o acesso a esses direitos, ele deve prever, garantir e viabilizar mecanismos para tal.

Partindo da premissa de que existem atividades sem relevância para o Estado que são supridas pelo mercado e outras essenciais a população, relevantes inclusive para a preservação de sua dignidade que não são perfeitamente atendidas pela iniciativa privada, o Estado percebe a importância dessas atividades e a possível lesão a direitos da população diante da falta destas e age efetivamente através dos serviços públicos.

Neste ponto é possível retomar a ideia já debatida anteriormente neste trabalho de que a incumbência dada ao Estado de prover os direitos sociais possui a perspectiva não apenas de proteção subjetiva, mas também com o ideal de proteger os desiguais a fim de possibilitar o alcance da igualdade.

Ao selecionar essas atividades que serão prestadas através dos serviços públicos, o Estado deve atender três requisitos essenciais. A atividade prestada deve ser essencial para assegurar a dignidade do povo, não ser adequadamente fornecida pela sociedade e necessariamente disposta no ordenamento jurídico.

²² ARAGÃO, Alexandre Santos de. **Curso de Direito Administrativo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 381 – 382.

A saúde conforme exposto anteriormente está diretamente ligada ao direito fundamental à vida e a dignidade da pessoa humana, não possui uma perfeita oferta pela iniciativa privada como é de conhecimento do senso comum, haja vista que não é disponibilizada universalmente e de forma isonômica, sendo disponibilizada apenas para aqueles que podem arcar com os custos exigidos pelo mercado e ainda possui disposição no ordenamento jurídico, expressamente assumida como dever do Estado na Constituição Federal através de seu artigo 196 e seguintes.

Sendo assim, atendendo a todos os requisitos o direito à saúde é realizado através dos serviços públicos, forma com que o Estado disponibiliza a população o acesso a este direito, cumprindo assim suas disposições constitucionais.

3.1. SERVIÇOS PÚBLICOS

Ao prever as disposições no ordenamento jurídico acerca dos serviços públicos, o constituinte não apresentou uma definição clara do que poderia ser entendido sobre o conceito, deixando assim espaços para definição doutrinária e jurisprudencial.

Conforme tratado anteriormente com a evolução da sociedade e as reivindicações sociais, novos deveres começaram a ser atribuídos ao Estado, que deveria garantir o efetivo cumprimento destes, o fazendo através dos serviços públicos.

Para uma atividade ser considerada serviço público deve atender concomitantemente três principais requisitos, esta atividade deve ser essencial para atender e realizar a dignidade da população, não devem ser satisfatoriamente supridas pelo mercado e devem estar qualificadas no ordenamento jurídico.

Atualmente na doutrina brasileira são considerados três elementos essenciais para a definição de serviço público, primeiramente o elemento subjetivo que consiste na identificação da presença do Estado como prestador do serviço, o elemento material que se caracteriza pela atividade que é oferecida a população, devendo esta ser de interesse público, visando atender as necessidades da coletividade, e por fim o elemento formal, que consiste na aplicação do direito público a estas atividades.

Existem diversas teorias quanto a definição do que seria serviço público e quais atividades poderiam ser consideradas como tal. Acerca destas teorias, cabe

mencionar a linha de pensamento de Alexandre Santos de Aragão²³ que conclui que existem quatro linhas doutrinárias quanto a definição de serviço público, resumidos em doutrina amplíssima, ampla, restrita e restritíssima, outros autores como Maria Sylvia Zanella Di Pietro²⁴, defendem a existência apenas da doutrina ampla e restrita.

De acordo com os ensinamentos de Aragão, a doutrina amplíssima surge na França com o início dos estudos de Léon Duguit acerca do tema. Para ele a definição de serviço público corresponderia a todas as atividades prestadas pelo Estado, podendo ser considerado sinônimo da própria administração pública. Neste ponto Di Pietro ressalta que nesta teoria a ideia de serviço público inclusive se confundia com a própria soberania estatal. Duguit utilizava um critério orgânico subjetivo, entendia que todas as atividades em que o Estado estivesse presente se caracterizam serviço público, incluindo nesta noção o poder judiciário, legislativo e a administração pública.

Ainda dentro da teoria amplíssima, outro importante jurista foi Gaston Jèze, que focou sua teoria no elemento formal, ou seja no regime jurídico dos serviços públicos. Eram sujeitos ao direito público por decisão política.

A teoria ampla por sua vez, considera como serviços públicos apenas as atividades prestacionais relacionadas a comodidades e utilidades oferecidas a população independente da titularidade exclusiva do Estado, ou do fato de serem pagas ou não. Nesta teoria são considerados os serviços públicos econômicos, serviços sociais que podem ser prestados livremente sem delegação conforme será tratado a diante e os serviços *uti universi*, que são aqueles indivisíveis. Da teoria ampla são excluídos dos serviços públicos o fomento e o poder de polícia.

A teoria restrita considera como serviço público apenas os serviços prestacionais com beneficiários diretos, ou seja, apenas serviços nos quais os usuários pudessem ser identificados, independentemente de ser uma prestação gratuita ou não. Esta teoria exclui os serviços *uti universi*, uma vez que dada a sua natureza é impossível identificar seu beneficiários, sendo considerados apenas os serviços públicos econômicos e os serviços sociais.

²³ ARAGÃO. 2013.

²⁴ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 30 ed. rev., atual., e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

Por fim, tem-se a teoria restritíssima, que conclui que serviços públicos são somente aqueles prestados mediante pagamento do usuário, ou seja, através de taxas. São serviços de titularidade exclusiva do Estado, nos quais a iniciativa privada só poderia atuar mediante concessão ou permissão.

De acordo com Alexandre Santos de Aragão o conceito mais operacional seria a teoria restrita, uma vez que esta classificação possuiria o mínimo de pontos em comum ao tratar dos serviços públicos econômicos e sociais, segundo o autor, estariam sujeitos ao Código de Defesa do Consumidor, são específicos, divisíveis e geram direitos subjetivos individuais.

A definição do autor acerca de serviços públicos pode ser analisada no trecho a seguir²⁵:

Serviços públicos são as atividades de prestação de utilidades econômicas a indivíduos determinados, colocadas pela Constituição ou pela lei a cargo do Estado, com ou sem reserva de titularidade, e por ele desempenhadas diretamente ou por seus delegatários, gratuita ou remuneradamente, com vistas ao bem-estar da coletividade.

Com base no conceito proposto por Aragão cabem algumas considerações a respeito. Ao tratar de prestação é possível perceber que o autor pretende considerar em seu conceito apenas as prestações que beneficiam diretamente os indivíduos, excluindo de seu conceito os serviços *uti universi*. Considera indispensável a previsão destes serviços no ordenamento jurídico e ainda não apresenta restrições quanto ao elemento subjetivo, para ele, a titularidade do Estado não possui tanta importância, mas sim a obrigação que possui de disponibilizar aos indivíduos, seja diretamente ou através de delegatários.

Maria Sylvia Zanella Di Pietro por sua vez entende que a teoria que mais se aplica aos serviços públicos é a teoria ampla. Para ela o conceito de serviço público é dinâmico, sendo que a própria Constituição Federal usa teorias diferentes ao defini-los, como é o caso do artigo 37, § 6º o qual pode ser identificada a teoria ampla e no artigo 175 no qual pode ser percebido o ideal de teoria restrita.

Com base nesta visão, Di Pietro²⁶ define serviços públicos como:

Toda atividade material que a lei atribui ao Estado para que a exerça diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer

²⁵ ARAGÃO. 2013. p. 389 – 390.

²⁶ DI PIETRO. 2017. p. 138.

concretamente às necessidades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente público.

Ao tratar de atividade material, a autora refere-se as atividades prestacionais que atendam o interesse público, que visem a satisfação das necessidades da sociedade. Quanto a atribuição por lei demonstra que todo serviço público é criado pelo legislador justamente selecionando quais atividades serão desenvolvidas pelo Estado, seja devido ao fato de que não é possível deixar dada atividade apenas a cargo da iniciativa privada, por questões de conveniência ou até mesmo por ser considerada atividade perigosa. Ao se referir ao elemento formal, faz a previsão de que uma vez que o serviço se sujeita ao direito público, todos os efeitos dele são aplicados a este serviço, ou seja, os agentes contratados no regime estatutário, os bens utilizados são bens públicos, as decisões são relacionadas a atos administrativos, a responsabilidade é objetiva e todos os contratos são feitos a luz do direito administrativo.

Uma vez esclarecidos os pontos elementares que caracterizam os serviços públicos e dois conceitos de doutrinadores que possuem visões diversas acerca da teoria na qual se baseiam, cumpre discorrer sobre os princípios aplicados aos serviços públicos.

De acordo com Mauro Sérgio dos Santos²⁷, os princípios aplicados aos serviços públicos consistem no princípio da generalidade, da continuidade, da modicidade, da eficiência e da mutabilidade do regime jurídico.

Segundo o autor, o princípio da generalidade consiste no Estado prestando os serviços públicos com a maior amplitude possível, buscando sempre atender o maior número de indivíduos que conseguir, mantendo as mesmas condições técnicas e jurídicas a todos.

O princípio da continuidade por sua vez parte na premissa de que os serviços públicos são atividades imprescindíveis a sociedade e portanto não podem ser interrompidos. Este princípio é aplicado inclusive nos casos em que a iniciativa privada presta estes serviços através de delegação. Possui importante reflexo nos casos de vedação do direito de greve dos funcionários públicos e na execução de contratos, mesmo que o Estado não cumpra com sua parte do contrato, geralmente pagamento, o contratado não pode interromper sua execução.

²⁷ SANTOS, Mauro Sérgio dos. **Curso de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

A modicidade também é considerada princípio relevante pelo referido autor, ou seja, a prestação do Estado nos casos em que não é gratuita deve ser praticada a preços módicos, ao passo que a premissa maior dos serviços públicos é atender ao maior número de indivíduos e a possibilidade de cobrança de valores não acessíveis a toda a população seria contra esta ideia. Este princípio pode também incidir quando o serviço público é prestado pela iniciativa privada, como base no princípio de direito público da supremacia do interesse público sobre o privado.

O princípio da eficiência se caracteriza na ideia dos agentes públicos agindo com profissionalismo e zelo, apresentando os melhores resultados possíveis juntamente com um modelo de gestão moderno que assegure a qualidade da prestação estatal.

Por fim o princípio da mutabilidade do regime jurídico em linhas gerais consiste na possibilidade de alteração do regime jurídico com a finalidade de atender o interesse público, em face deste princípio, não podem haver impugnações ao Estado com base na justificativa de direito adquirido nos casos em que houve esta alteração.

Traçados os elementos essenciais caracterizadores dos serviços públicos e os principais princípios a eles aplicados, cumpre neste momento discorrer acerca dos serviços públicos em si, especialmente do serviço público social, dentro do qual se encontra a prestação do direito a saúde por parte do Estado.

Os serviços públicos sociais tiveram início no momento em que o Estado teve que assumir a prestação de direitos sociais, também conhecidos como direitos fundamentais de segunda geração, conforme já tratado anteriormente. Em dada época haviam ordens caridosas e filantrópicas que prestavam estes serviços, contudo em certo momento o Estado teve que assumir a responsabilidade para si e oferecer estes serviços à população.

Segundo os estudos de Aragão²⁸, logo após tomar para si estas responsabilidades o Estado influenciado pela revolução liberal permite que a iniciativa privada participe destas prestações públicas através de delegação.

No caso do serviço público de saúde o Estado não fez reservas de titularidade quanto a esta prestação, baseando-se na ideia de quanto mais indivíduos oferecessem tal serviço melhor estaria atendido o interesse público.

²⁸ ARAGÃO, Alexandre Santos de. **Direitos dos Serviços Públicos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 183 – 214.

Sendo assim, uma característica fundamental dos serviços públicos sociais é que podem ser prestados tanto pela Estado quanto pela iniciativa privada.

Por serem atividades com potencial lucrativo, o que pode levar a uma seleção de apenas parte da população que pode arcar com esses custos, o Estado presta essas atividades de forma gratuita com o intuito de atender a real finalidade dos serviços públicos, atender o maior número de indivíduos possíveis. Por muitas vezes os serviços sociais são deficitários, fato ocasionado principalmente pelo regime financeiro que possuem.

O referido autor atenta para um certa divergência doutrinária sobre a possibilidade dos serviços públicos sociais serem considerados como tal, haja vista que de acordo com a doutrina restritíssima não poderia ser enquadrada como devido ao fato de não existir a titularidade exclusiva do Estado.

Com base nestas discordância Aragão propõe uma classificação quanto aos serviços públicos sociais, para ele são considerados serviços compartilhados, devido ao fato do constituinte não ter reservado a titularidade de forma exclusiva ao Estado e permitindo a iniciativa privada que também os prestasse.

Quando explorados pela iniciativa privada essas atividades se sujeitam ao direito privado e quando prestados pelo Estado são considerados de fato serviços públicos sociais, obedecendo e se sujeitando ao direito público.

A Constituição Federal ao tratar da questão do direito à saúde faz distinções quanto ao agente prestador. Nos casos em que trata do serviço de saúde prestado pelo próprio Estado os define como serviço público e nos casos em que versa sobre a prestação desta atividade por particulares se refere como serviços de relevância pública.

Aragão defende a consideração dos serviços sociais mesmo sem a reserva de titularidade estatal devido a três fatores, a referência específica ou implícita na Constituição Federal, segundo ele a ideia do constituinte ao tratar dos serviços sociais não foi reservar a titularidade ao Estado, mas sim definir o caráter obrigatório dessas prestações, a natureza específica dos serviços sociais que são imprescindíveis para a satisfação das necessidades da população e ainda devido ao fato de que na maioria dos casos envolve direitos fundamentais, é pertinente que não seja oferecido apenas pelo Estado, assegurando assim o direito de escolha da população de acordo com suas preferências.

Como conclusão, o referido autor relata que a consequência de incluir os serviços sociais na categoria de serviços públicos quando prestado pelo Estado é a vedação da concorrência desleal por parte do Estado em relação a iniciativa privada, ou seja, um hospital particular não poderia alegar concorrência desleal do Estado por oferecer os mesmos serviços de forma gratuita.

Desta forma, já devidamente esclarecido do que se tratam os serviços públicos, seus princípios norteadores, a devida identificação da prestação da saúde como serviço social e as razões pelas quais o constituinte optou por não exercer sua titularidade exclusiva, cabe discorrer sobre a forma de mecanização do serviço público de saúde.

Visando estabelecer a viabilidade da prestação pública à saúde, o constituinte através do artigo 198 dispôs que as ações e serviços públicos de saúde devem ser organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, resumindo-se a um sistema único, descentralizado e com direção única de cada esfera de governo, constituindo assim, somado a legislação esparsa, o Sistema Único de Saúde.

3.2 SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Anteriormente a Constituição Federal de 1988, não haviam previsões legais que tratassem do direito à saúde com força de direito fundamental, foi a partir da evolução da sociedade brasileira e movimentos sociais que tornou-se possível a efetivação deste. Diante disto, faz-se necessário um breve histórico quanto a forma de prestação da saúde por parte do Estado no Brasil, até a forma como é disponibilizada atualmente pelo Poder Público aos cidadãos, concretizada através do Sistema Único de Saúde.

Segundo Jairnilson Silva Paim²⁹ o que existia anteriormente ao Sistema Único de Saúde era um “não sistema”. Baseado na concepção de Estado Liberal, durante o período da chamada República Velha o Poder Público só interferia nos casos relativos à saúde quando o indivíduo por si só não conseguia se prover ou quando a iniciativa privada não fosse capaz de responder.

²⁹ PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que é o SUS?**. E-book. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 11 – 89. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 04 abr 2018.

As ações relativas a promoção a saúde eram mal organizadas, não havendo comunicação entre os agentes estatais, o que por vezes caracterizava gastos desnecessários.

Mais tarde, na década de 60 a saúde era disponibilizada para aqueles que exercessem atividade laboral com devido registro em carteira ou que contribuíssem para a previdência social. Aos que não se incluíam nesse grupo restava procurar assistência médica paga ou em instituições filantrópicas.

De acordo com o autor, o direito à saúde não estava atrelado à condição de saúde, sendo responsabilidade do cidadão buscar atendimento médico. A saúde Pública não era vista como prioridade para o Estado naquele momento, sendo que os esforços a época eram destinados ao desenvolvimento econômico do país.

Foi justamente através de um movimento social organizado na década de 1970, mais tarde conhecido como Reforma Sanitária, que surgiu o ideal de democratização da saúde.

Encampada pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), pelas entidades comunitárias e também por profissionais da área, a Reforma Sanitária defendeu a democratização e restauração da saúde, propondo um sistema que de fato fosse disponibilizado a todos os brasileiros, sem distinções. Importante ressaltar que esta reivindicação partiu da sociedade como um todo, não de partidos políticos, possuindo extrema importância para o avanço das políticas sociais no Brasil.

No ano de 1979, a CEBES apresentou no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados o documento “A questão democrática na área de saúde” que finalmente formalizou a primeira proposta do Sistema Único de Saúde. Posteriormente no ano de 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, após serem debatidas questões relativas a estudos e apontamentos em tela, foi gerado o relatório final do evento que inspirou o texto constitucional de 1988 ao dispor sobre a saúde e posteriormente as leis 8.080 de 1990 e a lei 8.142 de 1990 que por fim viabilizam o Sistema Único de Saúde.

O referido autor³⁰ no trecho a seguir sintetiza de forma geral a relação do SUS com o direito à saúde:

³⁰ Ibid. p. 28.

A proposta de SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende de “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios.

O Sistema Único de Saúde assume o papel de principal realizador das ações sociais do Estado quanto à saúde, e após estabelecer em seu artigo 196 sua importância, conforme o que já foi exposto no presente trabalho, em tópicos anteriores, a Constituição Federal de 1988 tratou nos artigos seguintes de estabelecer a forma de funcionamento, financiamento e fiscalização das políticas estabelecidas para a prestação estatal da saúde, tornando assim viável a realização da prestação estatal ao direito de saúde.

Cabe salientar que a criação do Sistema Único de Saúde promoveu em certa medida uma democratização da saúde, que finalmente promoveu a perspectiva de universalidade a qual o direito à saúde possui. O SUS possui não apenas a função de tratamento de enfermidades, age também com uma atuação preventiva, ou seja, além de realizar atendimentos diariamente através de Unidades Básicas de Saúde e hospitais, promove campanhas de conscientização, vacinação e ainda prevenções sanitárias, fiscalizando inclusive alimentos e medicamentos.

Anteriormente, a questão da saúde pública tinha a ideia de ausência de enfermidade, sobre a qual o Estado tomava providências apenas quando o indivíduo já estivesse de fato adoecido, com a criação do Sistema Único de Saúde o Poder Público passou a agir de maneira preventiva.

O Sistema Único de Saúde possui de forma geral os ideais de promover, proteger e recuperar a saúde. Quanto à promoção da saúde, o SUS age na perspectiva de fomentar, manter e estimular através de medidas gerais a saúde e a qualidade de vida da população. Na linha de proteção à saúde age na pretensão de reduzir e eliminar riscos à saúde, neutralizando os fatores de risco, como por exemplo, através de campanhas de vacinação. Já no intuito de recuperar a saúde, é que se buscam os tratamentos cabíveis adequados visando sempre a redução dos possíveis danos através de diagnósticos precoces.

No artigo 198³¹ são traçadas as linhas gerais de funcionamento do sistema público de saúde, conforme pode-se analisar inicialmente em seus incisos I à III, a seguir:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Diante de parte do dispositivo legal acima, faz-se necessário comentários a cerca do caput e de cada um destes incisos iniciais do referido artigo.

O constituinte ao estabelecer este modelo inicial de organização do sistema de saúde, dispôs que este deveria constituir-se em uma rede hierarquizada e regionalizada, organizado de forma descentralizada, atribuindo a direção única a cada esfera de governo, ou seja, a cada ente federado atuando na respectiva área a que lhe foi reservada. Na esfera da União a direção é feita pelo Ministério da Saúde, no âmbito dos estados e Distrito Federal pelas respectivas Secretarias de Saúde e por fim na esfera municipal pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Ainda seguindo a linha de Paim, a ideia de descentralizar a direção do SUS a cada esfera de governo possui a finalidade de adequá-lo aos aspectos regionais do país de forma geral. A princípio, seria mais provável e fácil ao dirigente a nível municipal identificar os problemas da população daquela região do que o dirigente a nível federal.

A definição de uma rede de saúde como hierarquizada deve ser interpretada com o objetivo de maximizar a eficácia da aplicação de recursos para políticas públicas e corrigir distorções relacionadas ao acesso, seguindo critérios de complexidade crescente, sendo que a “porta de entrada” do SUS, seja preferencialmente junto as Unidades Básicas de Saúde onde somente casos de maior complexidade são encaminhados para serviços especializados.

Esta prestação estatal, ainda deveria ser voltada ao atendimento integral priorizando as atividades preventivas, não devendo haver prejuízo aos serviços assistenciais e ainda assegurada a participação da comunidade.

³¹BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 04 abr 2018.

A participação da comunidade, também prevista no referido artigo está ligada ao direito que lhes é conferido para identificar problemas, sugerir soluções e também fiscalizar a prestação da saúde e propor ações através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, a serem realizadas a cada quatro anos. Reforçando assim a ideia de democratização da saúde.

Após discorrer em linhas gerais as diretrizes da prestação pública de saúde, o constituinte ao elaborar o artigo 199 da Constituição Federal³², autorizou a iniciativa privada a participar do SUS de maneira complementar, ou seja, não houve restrição da prestação de serviços de saúde apenas ao Poder Público, mas optou-se por fazer a ressalva de que a iniciativa privada deve seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde, dando preferência a instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. O referido artigo ainda veda de maneira expressa o repasse de verba pública para instituições que possuam fins lucrativos, assim como a participação de empresas ou capitais estrangeiros.

Pondo fim ao capítulo destinado à saúde no texto constitucional, o artigo 200 da Constituição Federal³³ dispõe sobre as competências do Sistema Único de Saúde, como pode ser observado a seguir:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

³²Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
 § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 05 abr 2018.

³³BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 05 abr 2018.

- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação,
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Esta disposição relativa às competências do Sistema Único de Saúde demonstra mais uma vez a forma como o legislador pretende a realização da promoção à saúde tanto sob a ótica individual, tanto sob a ótica da coletividade, prevendo atribuições que possuem a finalidade de acompanhar não somente o cidadão como indivíduo, mas também a sociedade como um todo, protegendo o direito à saúde de todos.

Desta forma o constituinte definiu em linhas gerais das atribuições do Sistema Único de Saúde, deixando espaço para o aprofundamento do assunto ser efetivado através de leis infraconstitucionais, com a Lei Federal 8.080 de 1990 que dispõe sobre organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde, também conhecida como a Lei Orgânica do SUS e ainda com a Lei Federal 8.142 de 1990 que versa sobre o papel da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde através dos conselhos e conferências de saúde e também sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Na visão de Gilmar Ferreira Mendes³⁴, a postura do legislador ao adotar os ideais de organização do Sistema Único de Saúde em uma rede hierarquizada e regionalizada, atendendo ao critério de subsidiariedade, foi a melhor forma de concretizar o direito social à saúde.

Em outras palavras, o SUS é a forma através da qual o Estado encontra meios de disponibilização e execução das ações e medidas relativas à saúde que lhe são impostas, segundo os ideais dos direitos fundamentais de segunda geração.

Sob a visão de que o Sistema Único de Saúde possui uma organização regionalizada, ou seja, de que age na perspectiva de que através da articulação dos respectivos gestores, haja a aplicação das políticas públicas da forma mais eficiente e benéfica possível, entende-se que a competência de prover e zelar pela saúde pública são comuns a todos os entes federados. Com base no artigo 23, inciso

³⁴ MENDES; BRANCO. 2015. p. 663.

segundo da Constituição Federal³⁵ é prevista a responsabilidade solidária entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, quanto às ações relativas à saúde.

A ideia de institucionalizar um sistema cujo controle seja descentralizado, que vise o atendimento integral, priorizando ações preventivas e ainda assegurando a participação da comunidade, reforça ainda mais o caráter tanto quanto direito social individual, quanto direito social aplicado a coletividade.³⁶

A Lei Federal 8.080 de 1990³⁷, também conhecida como “Lei do SUS”, traz em seu artigo quarto as disposições relativas aos componentes o Sistema Único de Saúde, sendo eles todos os órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e ainda as fundações mantidas pelo Poder Público.

O artigo sétimo da lei 8.080/90 contém os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, seguindo os lineares traçados pela Constituição Federal buscam através do serviço público assegurar universalidade de acesso, a assistência integral, a preservação da autonomia das pessoas em defesa de sua integridade física e mental, igualdade, informação sobre a própria saúde, a divulgação de informações dos serviços prestados, o estabelecimento de prioridades através do uso da epidemiologia para a alocação de recursos, a participação da comunidade, descentralização diretiva, regionalização e hierarquização, entre outros. Vale salientar que quando se fala em organização regionalizada e hierarquizada, esta referência baseia-se em níveis de complexidade crescentes.

A gestão do Sistema Único de Saúde, de acordo com a cartilha do Ministério da Saúde,³⁸ por possuir direção descentralizada distribuiu aos entes federados suas funções. A nível federal é gerido pelo Ministério da Saúde que possui a função de

³⁵Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:
(...)

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

(...)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 12 mar 2018.

³⁶ SILVA. 2011. p. 833.

³⁷BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm#art7>. Acesso em: 12 mar 2018.

³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 7 mai 2018.

formular ações nacionais, criar normas, planejar, avaliar e controlar o funcionamento do sistema como um todo, possuindo a função de principal financiador.

Aos estados cabe o desenvolvimento de ações respeitando as instruções federais, sendo parceiros para a aplicação das políticas nacionais, podem formular suas próprias ações, recebem repasses financeiros da União e possuem meios próprios de renda, tem o dever de realizar repasses aos municípios.

Quanto aos municípios, cabe aplicar as ações desenvolvidas pelas esferas federal e estadual, sendo permitido a parceria com outros municípios para a efetivação do atendimento na região, deve aplicar recursos próprios somados aos repasses financeiros recebidos do estado e da União.

Com relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde, retomando a análise do artigo 198, agora com o enfoque sobre seus parágrafos, é previsto que o mesmo será viabilizado através de recursos da seguridade social de todos os entes federados e ainda de outras fontes.

A emenda constitucional n. 29/2000³⁹ estabeleceu os parâmetros de recursos mínimos a serem aplicados no Sistema Único de Saúde, sendo efetivada posteriormente com a Lei Complementar n. 141 de 2012⁴⁰, somadas estabelecem os seguintes parâmetros.

Anualmente a União deverá aplicar em ações relativas à saúde o valor empenhado no exercício do ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto, no mínimo.

Os estados e Distrito Federal deverão aplicar no mínimo 12% de sua receita orçamentária, que por sua vez é composta por impostos estaduais constituídos por, Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto de Transmissão Causa Mortis

³⁹ BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília 13 de setembro de 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 12 mar 2018.

⁴⁰ BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília. 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 12 mar 2018.

e Doação (ITCMD), pelos repasses da União constituídos da cota parte do Fundo de Participação dos Estados, cota parte do Imposto de Produtos Industrializados (IPI) de exportação e das transferências relativas a Lei Complementar 87/96, conhecida como Lei Kandir, pelo Imposto de Renda retido na fonte, pela dívida ativa de impostos e multas e pelos juros e correções. Contudo, das receitas estaduais devem ser descontadas os valores destinados ao repasse para os municípios, ou seja, subtrai-se 25% dos valores de ICMS e IPI de exportação e 50% do valor referente ao IPVA.

Os municípios por sua vez tem o dever de aplicar 15% de suas receitas, que são constituídas por Imposto Sobre Serviços (ISS), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bem Móvel (ITBI), pelos repasses da União que são a cota parte do Fundo de Participação Municipal, cota parte do Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR), das transferências da Lei Complementar 87/96, pelo Imposto de Renda retido na fonte, pelas transferências estaduais compostas por 25% do valor de ICMS e IPI exportação e 50% do valor referente ao IPVA, pela dívida ativa, juros e correção.⁴¹

Esses recursos arrecadados são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde, a divisão desta verba se encaminha diretamente aos fundos de saúde de cada respectivo estado, ao Distrito Federal e aos municípios, observando a necessidade referente à saúde da população analisada, considerando as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e capacidade de ofertar o serviço público de saúde, visando sempre reduzir as desigualdades sociais de tal localidade.

Com a finalidade de fiscalização dos repasses de verba, o legislador também se ocupou em elencar quais despesas não se enquadravam como prestações de saúde através do serviço público. Não são consideradas como gastos com saúde as despesas relativas ao pagamento de aposentadorias e pensões, com merenda escolar, com saneamento básico, com limpeza urbana, com assistência social, com obras de infraestrutura mesmo que relacionadas a rede de saúde, entre outras.⁴²

A Emenda Constitucional 29/2000 alterou diversos dispositivos constitucionais visando assegurar destinação mínima de recursos às ações e

⁴¹BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 7 mai 2018.

⁴² MENDES; BRANCO. 2015. p. 663-667.

serviços públicos de saúde e ainda previu a existência dos conselhos de saúde que possuiriam a finalidade de fiscalizar todos os relativos procedimentos e também as conferências de saúde.

Posteriormente com o Pacto pela Saúde de 2006⁴³ a referida emenda foi esmiuçada. O repasse das referidas verbas destinadas a realização de ações de saúde deveriam ocorrer de fundo a fundo, ou seja, na intenção de evitar ilícitos e possíveis desvios foi determinado que cada unidade diretiva do Sistema Único de Saúde deveria ter um fundo de participação, através do qual receberiam de forma automática e regular os devidos repasses de verba.

Também foram definidas cinco formas de repasses de verbas dentro no Sistema Único de Saúde, sendo resumidas a repasses destinados a atenção básica, repasses à atenção de média e alta complexidade, repasses destinados a vigilância em saúde, repasses à assistência farmacêutica e por fim repasses destinados a gestão do SUS.

Segundo as reflexões a cerca do tema de Georgia Costa de Araújo Souza e Iris do Céu Clara Costa⁴⁴ o Pacto pela Saúde de 2006 trouxe de certa maneira, responsabilidades decorrentes da regionalização do sistema de forma mais clara aos entes federados, demonstrando o compromisso público voltado a compreender esforços para superar as dificuldades encontradas pelo Sistema Único de Saúde ao atender as necessidades da população brasileira.

De acordo com as autoras acima referidas, a descentralização e regionalização da saúde pública entre os entes federados já é realidade desde 1988 com a vigência da Constituição Federal, porém os diversos entraves impostos ao exercício pleno das ações estipuladas pelo Estado fazem surgir a necessidade de serem traçados mecanismos que possibilitem a coordenação e cooperação das ações decorrentes da administração pública que favoreçam as iniciativas na perspectiva intragovernamental.

A questão de financiamento do Sistema Único de Saúde foi estabelecida com a finalidade de evitar desvios de verba e outros ilícitos, principal razão dos

⁴³ BRASIL. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 19 abr 2018.

⁴⁴ SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** V.19, n.3. p. 509-517. São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>>. Acesso em: 20 abr 2018.

repasse de verba ocorrerem através do sistema fundo a fundo. A fiscalização das questões orçamentárias ocorre por vários órgãos estatais como pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pelos Tribunais de Contas Estaduais (TCE), pelos Tribunais de Contas Municipais (TCM), pela Controladoria Geral da União, pelo legislativo, por órgãos de controle do executivo e também pela população, através dos conselhos de saúde.

Quanto a previsão legal da existência dos conselhos e também das conferências de saúde, Saulo Lindorfer Pivetta⁴⁵ defende que a participação da comunidade na gestão da saúde é característica importante de uma democracia participativa, possuindo um viés mais elaborado do processo democrático. Segundo ele, o Estado ao aproximar-se da sociedade em geral acaba por materializar a democracia no âmbito administrativo e ainda possui melhores condições de identificar os reais problemas e deficiências do sistema, ou seja, identificar o melhor interesse público.

Em outras palavras, ao permitir que a comunidade participe efetivamente da administração pública, propondo ações e políticas que visem o melhor desempenho da atuação estatal, o Poder Público possui a possibilidade de maximizar seus atos de forma que consiga atender a população de forma cada vez mais eficiente.

A lei 8.142 de 1990⁴⁶ além de prever as devidas disposições relativas aos repasses de verbas, conforme já comentado anteriormente no presente trabalho, também ocupou-se de discorrer a cerca dos conselhos e saúde e das conferências de saúde, logo em seu primeiro artigo, conforme pode ser observado a seguir:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no

⁴⁵PIVETTA. 2014.

⁴⁶ BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 21 abr 2018.

controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

As conferências de saúde, dispostas logo no primeiro artigo da lei, parágrafo primeiro devem ocorrer a cada quatro anos, devendo seus representantes serem membros de diversos segmentos sociais. Os participantes possuem o dever de avaliação da situação da saúde pública e propor diretrizes para efetivas ações da administração. Cada ente federado possuirá sua conferência de saúde, ou seja, deverão ocorrer em todos os níveis da federação, para enfim serem debatidos no âmbito nacional.

Em outras palavras a existência das conferências de saúde realizadas em todos os níveis da federação possuem a função de reunir a população para que através de propostas e debates, possam esboçar reflexões a cerca do desempenho estatal no tangente ao direito constitucional fundamental de saúde.

Os conselhos de saúde por sua vez já possuem caráter permanente. São constituídos por membros do governo, por prestadores de serviços, por profissionais da saúde e também por usuários do Sistema Único de Saúde, reunidos em um órgão colegiado com prerrogativa deliberativa. Possuem o dever de formular possíveis estratégias de ações públicas para o melhor atendimento das necessidades da população e também controlar a execução destas por parte do governo.

É possível concluir que o Sistema Único de Saúde é a principal concretização através da qual o Estado realiza o direito à saúde a toda a população. Com princípios de atendimento em caráter universal e integral, visando a proteção, recuperação e promoção da saúde tem a proposta se assegurar a todos o direito constitucionalmente garantido.

Contudo, é dentro do Sistema Único de Saúde que ocorrem diversas violações a dignidade da pessoa humana, a exemplo tem-se a violência obstétrica, que ocorre diariamente em diversos hospitais do serviço público de saúde, local

onde o direito à saúde deveria ser realizado é justamente o local em que é violado. A seguir cumpre discorrer sobre a violência obstétrica nos casos em que ocorre dentro no SUS, tema principal deste trabalho.

3 – A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Uma das diversas formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica recentemente vem ganhando espaço nas discussões sociais e acadêmicas. Com o avanço da sociedade e com o ciberativismo, as vítimas têm cada vez mais ganhando voz diante da violação de seus direitos.

Caracterizada por diversas práticas abusivas e desumanas por profissionais da saúde no período do pré-natal, durante o parto, em situações de abortamentos e até durante o puerpério, a violência obstétrica ainda não possui definição no ordenamento jurídico brasileiro.

A Venezuela foi um dos primeiros países na América do Sul a definir a violência obstétrica no ano de 2007 através da *Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência*⁴⁷, que em seu artigo 15 definiu a violência obstétrica como:

Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.⁴⁸

No ano de 2010 a Fundação Perseu Abramo⁴⁹ realizou pesquisa em parceria com o SESC e revelou que 1 a cada 4 mulheres sofreu algum tipo de violência obstétrica na ocasião do pré-natal, parto ou pós-parto, tanto na rede pública quanto na rede privada. Número significativo, se analisado juntamente com os casos denunciados. A violência obstétrica não se trata de um novo fenômeno, apenas vem ganhando espaço nas mídias e sendo debatido com mais clareza há poucos anos. A maioria das mulheres é vítima de violência obstétrica e não percebe.

⁴⁷ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.** Disponível em:

<http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf>. Acesso em: 25 abr 2018.

⁴⁸ Artículo 15. [...] 13.- Violência obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa em un trato deshumanizador, em un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente em localidad de vida de las mujeres.

⁴⁹ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010.

Diante da evidente violação aos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988, como o direito a dignidade da pessoa humana, direito à saúde, à vida, à integridade física, à liberdade de escolha e informação, direito à privacidade, à liberdade e autonomia entre outros e até mesmo discriminações de cunho social e racial, faz-se necessária diversas reflexões a cerca da violência obstétrica como realidade no dia-a-dia das brasileiras usuárias do serviço público de saúde e da necessidade da efetiva proteção e até responsabilização estatal contra esses desrespeitos.

3.1 CONCEITOS, TIPOS E EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os relatos acerca do parto como experiência de dor e sofrimento acompanham a humanidade desde o seu princípio, de acordo com o pensamento da igreja católica medieval a mulher deveria sofrer as dores do parto, pois havia recebido este castigo como punição pelo pecado original de Eva, na história bíblica do Jardim do Éden. Nesta época, qualquer um que oferecesse assistência ou meios de alívio a dor da mãe era severamente punido.

Posteriormente com os avanços da medicina e acessibilidade aos hospitais, o parto passou a ser institucionalizado com a promessa de que seria mais seguro, contudo em muitos casos é justamente o local onde a segurança da genitora é violada. A obstetrícia surge como a figura de salvadora das mulheres que tanto sofriam durante o parto. Existia aqui a visão da mulher como vítima da natureza.

De acordo com o dossiê “Violência Obstétrica - Parirás com dor” produzido pela Rede Parto do Princípio⁵⁰, entregue a CPMI da Violência Contra as Mulheres, o parto era tido como patologia, que causava diversos danos, riscos e sofrimentos a parturiente. Conforme diversos relatos em estudos sobre o caso, o parto era tido como um “estupro as avessas”, no qual o recém-nascido era responsável por todos os danos causados a mãe durante o nascimento.

Visando poupar a mulher desta dada experiência terrível, surgiu na primeira metade do século 20 o modelo de parto com a mulher estando sedada. Nos Estados Unidos durante a década de 50 era comum os partos ocorrerem com a parturiente

⁵⁰ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Dossiê Violência Obstétrica - Parirás com dor.** 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2018.

nessas condições. Eram ministradas doses de morfina e escopolamina que levavam a genitora a uma sedação profunda, contudo as drogas não evitavam agitações psicomotoras e alucinações, o que levava as pacientes a serem amarradas nas macas para evitar possíveis quedas.

Era comum que as mães apresentassem no pós-parto diversos hematomas e lesões decorrentes do parto violento que tiveram. O relato desta prática foi denunciado pela primeira vez na revista americana *Ladys Home Journal*, em 1950, inspirado pelos primórdios do movimento feminista no país.⁵¹

Tempos depois a prática passou a ser adotada no Brasil, tendo seu expoente em Fernando Magalhães, que ministrava às parturientes morfina e cafeína como sedativo. Contudo, este procedimento estava disponível apenas para a parte da população que possuía condições financeiras de arcar com tais procedimentos, o restante das mulheres que não tinham condições deveriam se socorrer em hospitais escolas e filantrópicos ante a ausência de um sistema público de saúde conforme já tratado no presente trabalho.

O parto institucionalizado ocorria de forma instrumental, induzido com ocitócitos, com o colo do útero sendo dilatado com instrumentos obstétricos e o bebê sendo retirado com o uso de fórceps, na grande maioria das vezes, contudo devido ao alto índice de mortalidade, esta prática foi deixada de lado, a partir dali a mulher deveria estar acordada durante o parto.⁵²

A população pobre, maioria no país, além de tratada como material de estudo, também era tida como ocupadora de leitos e desperdício de dinheiro, inclusive cabe ressaltar que infelizmente esta visão ainda hoje não se alterou. À essas mulheres restava um parto rápido e mecanizado, uma série de procedimentos através dos quais deveria se chegar ao resultado nascimento. Esta prática tornou-se conhecida como “obstetrícia de linha de montagem”, conforme expõe Simone Grilo Diniz e Alessandra Chacham.⁵³

⁵¹ DINIZ, Simone Grilo. 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**, 2015; 25(3): p. 377-376. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf>. Acesso em: 05 mai 2018.

⁵² PARTO DO PRINCÍPIO. op cit.

⁵³ DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**. 2006; I (1): p.80-91. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Alessandra_Chacham/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo/links/57c4991408aeb04914357eea.pdf>. Acesso em: 5 mai 2018.

Esses referidos procedimentos não respeitavam as necessidades da parturiente, tão poucos seus direitos, ainda de acordo com o estudo das autoras acima referidas, a mulher sujeitava-se aquele tipo de tratamento na expectativa de que esta experiência acabasse logo.

Diante dos diversos relatos de abusos ocorridos durante o parto e da ideia difundida socialmente de que o parto normal está ligado diretamente a uma experiência de sofrimento, é possível entender e relacionar o crescente número de partos através de cesarianas no país.

Considerado muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, o índice de nascimentos por cesarianas eletivas demonstra claramente a vontade da mulher brasileira de ser poupada do sofrimento que é o parto natural e dos diversos possíveis desrespeitos decorrentes dele.

De acordo com a OMS, desde 1985 o aceitável para a população de um país é que o índice de partos cirúrgicos esteja entre 15% a 30%. Números acima destes valores não estão relacionados com interferências relacionadas a proteção da vida da gestante ou da criança. É evidenciado também que se trata de uma cirurgia de grande porte que pode trazer riscos imediatos e a longo prazo, tanto para a parturiente como para o bebê e que deve ser realizada apenas em casos necessários, não indiscriminadamente como ocorre atualmente.⁵⁴

Atualmente os partos institucionalizados no Brasil são regra, a maioria esmagadora dos brasileiros nasce em hospitais, e muitos em hospitais da rede pública. Principalmente por razões ligadas a questões estruturais, ou a falta delas, e econômicas a ocasião do parto tornou-se uma série de procedimentos mecânicos e acelerados, através dos quais a parturiente e o recém-nascido tornam-se meros coadjuvantes e os profissionais e técnicas, muitas vezes desnecessárias, tomam a cena.

Tudo ocorre de forma rápida e induzida, visando na grande maioria dos casos a liberação de leitos para novas mães darem a luz. Apesar das diversas recomendações da literatura médica por um parto com o mínimo de intervenções possíveis, diversas instituições persistem no modelo intervencionista, o qual abre margem para diversos tipos de violações de direitos da parturiente.

⁵⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 mai 2018.

Estas intervenções e outras práticas ou até omissões dos profissionais de saúde que se apropriam de forma indevida do corpo da mulher ou de seus processos reprodutivos sem a devida autorização, aliados ao tratamento desumano, abuso de medicações e a patologização dos processos naturais, que resultem na perda de autonomia ou capacidade de decisão da parturiente sobre seu próprio corpo podem ser entendimentos como violência obstétrica.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde,⁵⁵ um tratamento digno e seguro às parturientes são capazes de reduzir as taxas de mortalidade tanto das mães como dos bebês. Destaca ainda que as violências sofridas pelas mulheres na ocasião do parto equivalem a violações de direitos humanos fundamentais.

Em outras palavras, o fato de haver o reconhecimento da OMS quanto à violação de direitos humanos fundamentais ressalta ainda mais a gravidade da violência obstétrica. Não se trata de uma violação com menos importância ante a ausência de lei que a regule em vigência e sim uma prática grave e extremamente lesiva às vítimas.

Por tratar-se de um fenômeno complexo, a violência obstétrica pode ser caracterizada de diversas formas. De acordo com os estudos de Liana Barcelar Evangelista Guimarães, Eline Jonas e Leila Rute do Amaral⁵⁶ realizado em maternidade públicas no estado do Tocantins, pode se resumir a violência obstétrica a atos de negligência, discriminações, tanto sociais como raciais, violência física, psicológica, verbal e até mesmo uso inadequado de tecnologias e equipamentos.

No referido estudo, foram entrevistadas 56 mulheres das quais 51,8% tiveram parto através de cesariana e 48,2% através de parto vaginal. Destas mulheres 43 identificaram que sofreram violência obstétrica, outras 6 sofreram, contudo não foram capazes de identificar e somente 7 delas não sofreram qualquer tipo de violência ou desrespeito. Os relatos das entrevistadas convergem no sentido de que sofreram com a falta de qualidade no atendimento, a ausência de vínculo e de comunicação com relação aos profissionais e até diagnósticos errados.

⁵⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=36F000EB9DF7707D51C627A05F814AA1?sequence=3>. Acesso em: 15 ago 2018.

⁵⁶ GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; DO AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista de Estudos Feministas**, vol. 26 no.1. Florianópolis. 2018. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/43278> >. Acesso em: 6 mai 2018.

Uma questão levantada neste e em outros estudos acerca do tema relatam a descontinuidade e impessoalidade do atendimento médico, muitas parturientes relatam que por vezes nem chegavam a saber o nome do profissional que estava lhes atendendo, haja vista que o mesmo não chegava a identificar.

Em outras palavras, essas mulheres já em posição de vulnerabilidade e fragilidade dado o seu estado, são atendidas por profissionais que sequer sabem os nomes. É evidente a falta de acolhimento. Outro ponto importante a ser ressaltado é a falta de privacidade dessas mulheres que por muitas vezes são tratadas como objeto de estudo em hospitais escolas, examinadas por repetidas vezes, por profissionais que não se identificam, ignorando o fato de que se trata de um ser humano e não de um protótipo de estudos.

Outro fator importante levantado foi os diversos relatos de desrespeito da lei nº 11.108⁵⁷, também conhecida como “Lei do Acompanhante”, que assegura a parturiente assistida pela rede pública a companhia de quem preferir durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Alegando falta de estrutura ou até de privacidade a outras parturientes, diversas instituições não permitem a presença do acompanhante, o que acaba sendo aceito em muitos casos ante o desconhecimento desse direito.

Relatos como a desvalorização dos pedidos e falas da mulher, a banalização de sua dor e inclusive a omissão dos profissionais quando medicamentos são solicitados também foram discutidos no estudo.

É possível perceber diante dos relatos a objetificação e a culpabilização que a parturiente sofre enquanto vítima da violência obstétrica. Sua voz, sua dor, sua intimidade e sua vontade reduzidas a nada, seu único papel no momento é parir para que outra mulher possa ocupar o seu lugar.

Cabe ressaltar que em diversas ocasiões em que a violência obstétrica ocorre fica evidente a desigualdade hierárquica entre profissional e paciente. Deixa de ser uma relação entre um profissional e um ser humano em um processo importante e na maioria dos casos em sofrimento e torna-se um processo através do qual a vítima sente-se coagida a aceitar a forma com que é tratada por necessidade.

⁵⁷ BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 7 de abril de 2005. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 7 mai 2018.

A falta de humanidade no tratamento com as parturientes é fator de suma importância neste modo de violência.

Segundo o entendimento de Simone Diniz e outros,⁵⁸ a raiz de todos os desrespeitos às mulheres na ocasião do parto ou em situações de abortamento encontra-se na formação dos profissionais de saúde.

Na grande maioria das instituições de ensino esses profissionais são educados a partir da visão de que possuir competências está acima de se comprometer com valores éticos. Em diversos casos o paciente torna-se um número de prontuário com uma patologia a ser tratada e deixa de ser um ser humano que necessita de atenção e respeito.

A referida autora enfatiza que existe certa preferência por mulheres pobres, sem instrução, adolescentes, prostitutas, usuárias de drogas ou em situação de rua. Há a suposição de que este referido grupo por falta de instrução não reclamará do atendimento prestado em hospitais públicos, pois persistiriam na ideia do serviço público como um favor e não como um direito, portanto a chance de alguma dessas mulheres estarem sujeitas à negligência e a omissão dos profissionais é consideravelmente maior.

Torna-se grave perceber que a maioria dessas ações são consideradas normais e rotineiras aos profissionais atuantes na área de obstetrícia. Não causam estranhamento e muitos acreditam que estarem tomando atitudes corretas, ignorando totalmente a mulher que espera um tratamento adequado e respeitoso e em vez disso tem diversos direitos seus violados.

Os sentimentos descritos pelas vítimas passam do desrespeito e descaso até mesmo o medo da sua morte e também de seu filho, da incapacidade e fragilidade. Essas diversas formas de violações ao corpo e a vida das mulheres podem ser tão graves que chegam a causar danos por toda a vida.

Diante deste quadro, cabe discorrer detalhadamente sobre os tipos de violência obstétrica e a forma como ocorrem.

Os atos de negligência são extremamente comuns diante de um cenário em que a violência obstétrica está presente. Deixar de prestar os devidos cuidados e realizar os procedimentos básicos à parturiente e a demora proposital são exemplos de negligência. Essas atitudes podem levar a complicações sérias tanto em relação

⁵⁸ DINIZ. et al, 2015.

à saúde e vida da mãe, como em relação à criança, existem inclusive diversos relatos em que mães perderam seus filhos em razão de situações de negligência e demora no atendimento. Nesta forma de violência obstétrica é violado o direito à saúde, já tratando anteriormente neste presente trabalho. A exemplo pode-se analisar o relato a seguir⁵⁹:

[...] não gostei da assistência da médica [...] depois do parto, tive muito sangramento e, em momento algum, depois que saí do centro cirúrgico, a médica que fez o meu parto passou pra me ver [...] tive que voltar pro centro cirúrgico novamente, pra parar o sangramento [...]. Foi muito desrespeito, muita ignorância. Quase morri!

A violência obstétrica pode se dar também através de violência verbal. Tratamentos grosseiros, ameaças, repreensões, humilhações, ridicularizações e maneiras desrespeitosas de tratamento em relação à mulher na ocasião do parto são comuns. Frases extremamente agressivas e humilhantes são proferidas comumente no processo do parto, como por exemplo, a frase mais constante nos relatos de violência obstétrica verbal, “fica quieta que na hora de fazer você não reclamou”, ou até mesmo “se você não fizer silêncio, não vou te atender”. A violência verbal possui claramente a perspectiva de violação à dignidade humana.

As práticas não consentidas também constituem outro fator relativamente comum nas denúncias de violência obstétrica. Nesses casos os profissionais envolvidos realizam procedimentos desnecessários mesmo diante da negativa escrita ou verbal da parturiente, desrespeitam o plano de parto escolhido e autorizado por ela. As violações dos direitos da mulher aqui estão relacionados ao direito à informação, ao direito ao consentimento informado, à escolha e à preferência.

Nesta forma de violência obstétrica é possível também analisar a questão do impedimento da escolha que algumas parturientes têm em ter seu acompanhante presente durante o trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto imediato.

Em algumas instituições públicas existem enfermarias coletivas de parto, nas quais as mulheres que estão dando a luz ficam em um ambiente comum, em alguns casos sem nem sequer estarem separadas por biombos e também casos em que a parturiente é exposta de diversas maneiras, deixada nua, sendo examinada constantemente por profissionais que não se identificavam. Neste caso, há a clara

⁵⁹ GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018.

violação da intimidade e privacidade da parturiente. Este fato é inclusive comumente usado como argumento para o desrespeito da lei 11.108 que garante um acompanhante durante toda a ocasião do parto. O relato a seguir exprime o sentimento de violação da privacidade da vítima⁶⁰:

Me senti muito desrespeitada quando tive meu filho, me deixavam pelada, sem necessidade; toda hora, vinha uma pessoa diferente pra me tocar, sabe, assim, sem falar nada [...] Não tinha necessidade de me deixarem exposta daquele jeito, sabe, era o meu corpo, minha dignidade.

Existem também relatos de violência obstétrica relacionados a discriminação, tanto social como racial. A preferência de atendimento por mulheres de classe econômica mais alta, brancas e com mais escolaridade também faz parte dos relatos, podendo ser feita uma relação com os casos de negligência, neste caso com as mulheres pobres e negras. Frases como “não chora não que ano que vem você está aqui de volta”, carregam forte estigma de discriminação social. Presente a violação do direito à igualdade e a não discriminação. A fim de ilustrar esta forma de discriminação, segue o relato de uma vítima da violência obstétrica do serviço público de saúde, nordestina, pobre e com outros filhos⁶¹:

É, porque acho que tava assim, meio nervosa, né. Ela falou assim: 'Parece que tá no norte. Tá dentro de São Paulo e deixar acontecer isso?'. Mais uma gravidez, né. [...] e ela falou assim: 'Em tempo de morrer e deixar um monte de criança. (Sara)

A violência psicológica fica caracterizada na falta de acolhimento, ameaças, terror psicológico e falta de tratamento humanizado com relação à parturiente. Atitudes que levem a intimidação e coação das vítimas também podem ser consideradas como violência obstétrica psicológica, conforme pode ser observado no seguinte trecho⁶²:

Ela perguntou assim pra menina se era o primeiro filho, a menina respondeu que era, aí ela falou assim: 'Ah, depois que a gente colocar o soro você vai ver o que é dor. Você nunca teve filho, não?'. Então isso eu não gostei, né. [...] Falou pra menina, mas eu também não gostei, né. Como eu sou mulher,

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ DE AGUIAR, Janaína Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência Institucional em Maternidades Públicas sob a Ótica das Usuárias**. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832011000100007&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 18 mai 2018.

⁶² Idem.

eu também tava grávida, eu também ia passar pela mesma situação que ela. (Ana)

Por fim cabe discorrer acerca da forma de violência obstétrica na forma de violência física, que pode ocorrer e ser caracterizada de diversas maneiras. Ocorre na maioria das vezes através de procedimentos danosos desnecessários durante o parto, ou seja, sem justificativa clínica para tais atos. Toques dolorosos, intervenções com mera função didática, imobilizações da parturiente em posições dolorosas, realização de suturas sem anestesia, aplicações de ocitocina, hormônio responsável pelo aceleração do parto de forma indiscriminada, sem necessidade ou autorização da gestante, manobra de Kristeller que consiste em aplicar pressão sobre o fundo uterino, sobre o abdômen da parturiente e ainda episiotomias de rotina são exemplos e são considerados violência obstétrica física e comumente relatados pelas vítimas.

Por se tratar de uma manifestação comum e é importante discorrer separadamente sobre a manobra de Kristeller. Consiste na aplicação de força sobre o fundo do útero da parturiente com buscando acelerar o período expulsivo do trabalho de parto. Através da manobra, o bebê recebe uma força externa que o empurra para o canal do parto, contudo não existem comprovações científicas de que esta manobra é benéfica ou segura.

O Ministério da Saúde, através da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal⁶³ se posicionou contrário à realização da manobra de Kristeller devido ao fato de que há a possibilidade de resultar de complicações e até mesmo a morte da parturiente e da criança, conforme trecho a seguir:

Não existem provas do benefício da manobra de Kristeller realizada no segundo período do parto e, além disso, existem algumas provas, ainda que escassas, de que tal manobra constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal, pelo que se considera que sua realização durante a segunda etapa do parto deve ser limitada a protocolos de investigação desenhados para avaliar sua eficácia e segurança para a mãe e o feto.

⁶³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 7 mai 2018.

No mesmo sentido, posicionou-se o Conselho Federal de Enfermagem, que homologou a decisão do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Rio Grande do Sul que proibiu a participação de enfermeiros na referida manobra.⁶⁴

A fim de ilustrar as disposições a cerca da manobra de Kristeller, cabe trazer ao presente trabalho a matéria publicada no jornal O Estado de S. Paulo, que traz o relato de Adrienne Gonçalves da Silva Braz, vítima de violência obstétrica e da manobra de Kristeller⁶⁵:

O parto estava evoluindo super bem quando o anestesista, com uma cara de que queria ir embora logo, empurrou com tudo minha barriga para o bebê sair logo. A barriga ficou preta no dia seguinte, mas eu não imaginei que teria consequências tão graves.

Seis dias após o nascimento do filho, a criança começou a ter convulsões, mais tarde foi descoberto que ele havia tido um acidente vascular cerebral. As sequelas se manifestam em atraso cognitivo e motor, com dois anos e meio na época da reportagem, o filho de Adrienne não falava, não andava e continuava tendo crises de epilepsia. O neurologista da criança acredita que tudo se deu em razão da manobra de Kristeller realizada na ocasião do parto.

Outra forma de violência obstétrica manifestada fisicamente na vítima é a episiotomia sem justificativa clínica. A episiotomia consiste em uma incisão na região perianal com a finalidade de facilitar o nascimento da criança nos casos de parto normal.

De acordo com o estudo de Simone Diniz e Alessandra Chacham⁶⁶, o percentual máximo de episiotomias realizadas deve ficar entre 15 a 30% dos casos, o que não ocorre, segundo dados coletados pelas autoras nos anos entre 1995 a 1998 cerca de 94,2% dos partos normais realizados no setor público.

As recomendações a cerca da episiotomia estão ligadas a ocasiões em que é evidente o sofrimento do bebê ou da parturiente ou quando a região perianal é responsável pelo progresso inadequado do parto, porém a violência obstétrica esta no fato de que esta intervenção é utilizada indiscriminadamente, de forma rotineira.

⁶⁴ COFEN. Parecer nº 338/2016. Conselheira Relatora: Maria do Razário de Fátima Borges Sampaio. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-vistas-no-3382016_48408.html>. Acesso em: 7 mai 2018.

⁶⁵ FORMENTI, Lígia; CAMBRICOL, Fabiana. **Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos.** 2017. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contra-manobras-agressivas-em-partos,70001688083>>. Acesso em: 7 mai 2018.

⁶⁶ DINIZ; CHACHAM, 2006.

Lesões resultantes de uma episiotomia feita erroneamente podem ser caracterizadas por incontinência fecal e urinária, alterações nas funções sexuais e até mesmo dificuldades de formação de vínculo entre a genitora e a prole, impactando inclusive sobre a amamentação.

As referidas autoras relacionam o evento da episiotomia com as descrições imprecisas e subestimadas da anatomia vaginal, são desconsiderados os fatos de que essas intervenções são capazes de danificar as estruturas clitoricas e vulvares, interferindo nas funções de contração, em vasos sanguíneos, nervos e tecido erétil.

Consequências iatrogênicas e sequelas sexuais são tidas como próprias do parto. O recém-nascido é tido como o causador de todos os danos à função sexual da genitora.

Tem-se a premissa de que após o parto normal, o corpo da mãe não retornará ao mesmo estado que se encontrava anteriormente, fato que estimula os profissionais a realizarem o conhecido “ponto do marido”.

Após a episiotomia, durante a realização da sutura é comum os profissionais incluírem um ponto a mais do que o necessário, na expectativa de reduzir o tamanho do canal vaginal, sob a crença de que a mãe deve retornar ao seu estado virginal após parir e para manter o referido “marido” satisfeito sexualmente.

Este ato por óbvio possui diversos efeitos negativos na anatomia e vida sexual da parturiente, causando dores, deformidades e cicatrizes. Altera-se a anatomia da mulher em nome do prazer sexual do homem, evidenciando claramente a figura feminina como passiva e a masculina como ativa.

Por muitas vezes são necessárias cirurgias corretivas para que a vítima possa ter uma vida sexual saudável novamente. Existem relatos de mulheres vítimas de episiotomias que mesmo após a ocasião do parto ter ocorrido há vinte ainda sentem dores durante as relações sexuais. Os relatos a seguir ilustram as diversas consequências decorrentes da episiotomia:

E a minha vagina está toda aberta ainda [...] Eu gostaria de mudar, pode ser sincera mesmo? O que eu queria mudar até hoje era a minha vagina. É onde foi costurado, até hoje eu sinto a carne. Não é o ponto, é a carne, doer um pouco. Hoje não está doendo, agora ontem estava doendo muito. Eu fui muito machucada. (Ester)⁶⁷

[...] o médico falava que eu não sabia fazer a força correta [...]. Gritava que desse jeito não era possível. Ele forçou na barriga e lá embaixo. Colocou

⁶⁷ DE AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2010.

mais remédio no soro e nada. Mandou a estagiária empurrar a minha barriga e nada [...]. Aí a neném nasceu, mas sem chorar. Ele me cortou um bocado também [...] pra costurar, eu passei mal, desmaiei de dor [...] foram grandes os cortes. Sentia muita dor, fiquei uns dez dias sem poder sentar [...] ficou uma cicatriz muito grande, sinto muita dor nas relações com o meu marido.⁶⁸

De acordo com o estudo de Diniz e outros,⁶⁹ a violência obstétrica pode influenciar no número de mortalidade materna de diversas formas. Cabe discorrer separadamente sobre cada uma delas.

Interfere no número de mortalidade materna devido ao risco adicional trazido por atos agressivos e intervenções invasivas sem que haja a real necessidade para tal. Também pode surgir quando essas práticas são realizadas propositalmente com a finalidade de constranger a parturiente à realização de um parto através de cesariana. Segundo este referido estudo, cerca de 23% das mortes maternas podem ser atribuídas ao aumento no número de cesarianas realizadas nos anos 2000.

Os autores também relacionam a negligência sofrida por mulheres que enquanto sentem as dores do parto gritam e choram. Segundo eles, existe um senso comum de que a parturiente que expressa sua dor demora para ser atendida, por desagradar os profissionais de saúde.

Pode ser considerado também o tratamento hostil a parturientes que estariam em processo alternativo de partos, como em casas especializadas ao até mesmo em parto domiciliar e por alguma razão necessitaram de atendimento médico estruturado. Existem relatos de violência verbal e até mesmo demora proposital nesses casos. Essa atitude pode ser considerada como hostilidade interprofissional.

Outra forma ligada a mortalidade materna está ligada a situações em que a paciente está abortando e nos casos em que o aborto foi intencional o atendimento é mais demorado e negligenciado ainda, pois há a crença de que não há mais criança para salvar, ou até mesmo que a mulher merece sofrer no caso de aborto provocado.

Extensamente discutido por Janaína Marques de Aguiar e Ana Flávia Pires d'Oliveira⁷⁰ em seu estudo, é a relação da hierarquia entre profissional e paciente e a possibilidade da violência se instalar nesta relação.

⁶⁸ GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018.

⁶⁹ DINIZ. et al, 2015.

⁷⁰ DE AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010.

Segundo o exposto pelas autoras, a violência se dá em relações em que há a desigualdade de poder, no caso da relação entre médico e paciente a princípio existe logo ao analisar que o detentor do saber sobre o corpo humano e as técnicas a serem utilizadas é o profissional. As parturientes estão sujeitas a uma dupla relação de poder, inicialmente de gênero e também hierárquica.

De acordo com os relatos das vítimas do referido estudo, fica evidente que muitas mulheres temem se manifestar quanto ao mau atendimento por medo de possíveis retaliações dos profissionais, como a demora no atendimento ou até mesmo maus tratos.

As entrevistadas relatam sentimentos contraditórios durante o período em que estão em maternidades em processo de parto, felicidade pela chegada do filho e o medo da morte, a vontade e expectativa de cuidar do filho e o desejo de também ser cuidada e respeitada pela equipe profissional, buscar um local seguro para dar a luz, no caso os hospitais públicos, mas têm medo de sofrer maus tratos e violências.

Quando perguntadas sobre o atendimento muitas consideram que um bom atendimento é aquele que garante uma assistência integral, que visualiza a paciente como um todo, como ser humano, não apenas um corpo ou partes dele. Quanto ao mau tratamento referem-se ao tratamento grosseiro, o fato de serem ignoradas e de serem submetidas a procedimentos dolorosos e não informados.

É relatado também a questão da parturiente tida como “escandalosa”. Segundo o estudo existe um senso comum não apenas difundido socialmente mas inclusive entre os profissionais de que a mulher que grita, se altera durante o trabalho de parto é mal tratada pela equipe médica. Em outras palavras, a paciente considerada como desejável é aquela que não incomoda. A obediência é uma qualidade esperada da “boa parturiente”. Resta a essas mulheres manter o silêncio quando a sua dor como recurso para fugir da violência obstétrica. A exemplo segue o trecho de uma afirmação de uma das entrevistadas do referido estudo:

Lá na maternidade tinha uma mulher, já era o quarto filho dela. E a mulher lá, dando as contração, a mulher fazendo um escândalo. E eu lá, era o meu primeiro filho, porque diz que se você não gritar, não fazer escândalo, eles não maltrata. Agora, se você faz escândalo eles maltrata [...] eles deixaram ela de canto lá, reclamando sozinha. Aí elas falava assim: 'Olha o exemplo, hein. A moça aí novinha morrendo de contração e não tá dando um piu e você aí, já no quarto filho e gritando desse jeito? Calma!'. Aí o médico falou assim: 'Só por isso você vai ficar aqui aguentando' [...] E eu lá com as contração, eu não dava um piu, eu me mordida, eu puxava minha mão, eu

puxava... Dobrava o colchão, ai menina, mas eu não gritava, não fazia nada. (Jane)

Com relação a hierarquia existem entre profissional e parturiente fica ainda mais clara quando ao serem indagadas quanto a possíveis questionamentos as parturientes alegam que tem medo de serem mal interpretadas, isso ser visto como desrespeito pelo profissional e sofrerem maus tratos em decorrência disto.

É possível perceber uma ruptura na comunicação na relação equipe médica e parturiente. Ao primeiro sinal de reclamação esta mulher é ignorada pela equipe e em resposta recusa-se a colaborar para o parto, o que acaba tornando a situação um ciclo de atos desrespeitosos.

Portanto, além de ser desrespeitada de diversas formas, ter seu corpo, sua dignidade, sua integridade psíquica, seu direito de escolha ignorado, a mulher ainda deve passar por essas situações da forma mais silenciosa possível. A subjugação da mulher dentro do serviço público de saúde na ocasião do parto é extremamente grave e danosa, deixando marcas físicas e emocionais.

Diante deste conteúdo sobre violência obstétrica e da ausência de lei vigente no ordenamento jurídico brasileiro que a defina e proteja a mulher nessas ocasiões, faz-se necessário um estudo acerca dos atuais regulamentações, ou projetos que possuem tal intuito.

3.2 REGULAMENTAÇÕES

A violência obstétrica é caracterizada por seu um evento complexo haja vista que pode ocorrer de diversas formas, razão esta a dificuldade do legislador em defini-la em uma única tipificação.

Conforme tratado anteriormente, direitos da mulher como por exemplo direito à vida, a dignidade, liberdade, escolha esclarecida, intimidade, integridade física e psíquica, entre outros são sistematicamente desrespeitados em casos de violência obstétrica, contudo a falta de legislação vigente que trate exclusivamente da violência obstétrica não significa que não haja normas que visem essa proteção.

O Brasil como signatário de diversos tratados e convenções internacionais assume o compromisso de respeitá-las e não permitir que dadas condutas ocorram em território nacional.

Iniciando uma análise acerca das regulamentações relacionadas a proteção das mulheres em face da violência obstétrica, é possível concluir que primariamente trata-se de uma questão humanitária.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos⁷¹ de 1948 em seu artigo 5º versa sobre a vedação de qualquer pessoa ser submetida a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Duas convenções internacionais das quais o Brasil é signatário que podem ser relacionados a violência obstétrica, são a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres⁷², de 1979 e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher⁷³, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, de 1994.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres em seu artigo 12, versa sobre o compromisso dos Estados a adotar medidas que garantam o acesso à saúde de forma igual entre homens e mulheres, em seu §2º versa sobre o dever de assistência à mulher em relação a gravidez, conforme pode ser analisado a seguir:

Artigo 12 – 1. Os Estados-partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher por sua vez possui disposição aplicável aos casos de violência obstétrica em seu artigo 1º, que define a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada em gênero que resulte em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico seja na esfera pública ou privada, também em seu artigo 2º,

⁷¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 13 ago 2018.

⁷² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres**. 1979. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10233.htm>. Acesso em: 13 ago 2018.

⁷³ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. 1994. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm>. Acesso em: 13 ago 2018.

“b” que inclui a previsão de que a violência contra a mulher pode inclusive ocorrer no serviço de saúde.

Todas essas normas já citadas preveem a participação ativa dos Estados que optaram por aderir a elas através de medidas que impeçam que essas violências se perpetuem e garantam o acesso aos direitos previstos.

Em vigência no ordenamento jurídico brasileiro deve ser citado o art. 8º da Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069 de 1990⁷⁴, que assegura as mulheres acesso a programas de saúde e as gestantes nutrição adequada, atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério e os decorrentes atendimentos no Sistema Único de Saúde.

Pontos importantes a serem ressaltados neste artigo são, a garantia de escolha da mulher ao estabelecimento onde será realizado o parto, a previsão de assistência psicológica no período pré e pós-natal, o direito a um acompanhante de sua escolha em acordo com a lei 11.108, já tratada anteriormente neste trabalho e o dever de prestar a parturiente orientações quanto ao aleitamento materno.

Atualmente existem três projetos de lei em andamento no Congresso Nacional que visam regulamentar a violência obstétrica. O primeiro dele proposto em 2014 pelo Deputado Federal Jean Wyllys, PL 7.633/14⁷⁵, traz diversas previsões quanto as práticas que devem ser adotadas, respeitadas ou até mesmo vedadas aos profissionais de saúde, o direito a parturiente a um plano de parto, direito a um acompanhante, a um esclarecimento sobre os procedimentos a serem realizados e a necessidade expressa de registro no prontuário de qualquer prática fora do plano de parto da gestante, devendo ser devidamente justificado.

O Projeto de Lei nº 7867 de 2017⁷⁶ da Deputada Federal Jô Moraes possui pontos importantes a serem destacados como o plano de parto de forma obrigatória, tipificações da violência obstétrica e ainda o dever das instituições de saúde

⁷⁴ BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 13 ago 2018.

⁷⁵ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei PL 7.633/2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785>. Acesso em: 15 ago 2018.

⁷⁶ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei PL 7.867/2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEEB4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017>. Acesso em: 15 ago 2018.

divulgarem cartazes informativos explicando a violência obstétrica e os canais de denúncia.

Por fim o Projeto de Lei nº 8.219 de 2017⁷⁷ do Deputado Federal Francisco Floriano que possui como principal ponto, além da tipificação da violência obstétrica também prevê sanções contra os agentes que realizarem procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher, com pena de detenção de seis meses a dois anos e multa e também nos casos em que forem realizadas episiotomias que só poderiam acontecer exclusivamente nos casos de sofrimento do bebê ou complicações no parto, devendo ser justificada no prontuário, com pena de detenção de um ano a dois anos e multa.

Todos os projetos de lei tramitam juntos e devem ser transformados em uma única lei.

Atualmente em vigência, existe a lei estadual 17.097 de 17 janeiro de 2017⁷⁸, do estado de Santa Catarina que dispõe sobre medidas de proteção a parturiente e políticas de informação contra a violência obstétrica. A referida lei aproxima-se bastante dos projetos de leis federais anteriormente tratados, apresenta uma definição de condutas consideradas violência obstétrica e prevê campanhas de conscientização da população através de cartazes acessíveis e que contenham os canais de denúncia para tais violações de direitos.

Com a análise dos referidos tratados internacionais, dos projetos de leis federais em tramitação e da lei estadual de Santa Catarina é possível perceber que existem normas aplicáveis a proteção da mulher e de seus direitos, contudo, em ocasiões de violência obstétrica a falta de definição do tema ainda é fator prejudicial nesta proteção.

A definição deste evento complexo que é a violência obstétrica é essencial para que seja possível a sanção e responsabilização do agente violador.

⁷⁷ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei PL 8.219/2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=79E6E60D7D9C0ACA4DCE3CE1A5BCFC8E.proposicoesWebExterno1?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017>. Acesso em: 15 ago 2018.

⁷⁸ ESTADO DE SANTA CATARINA. **Lei Estadual nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 17 de janeiro de 2017. Disponível em <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 15 ago 2018.

Conforme já tratado neste trabalho, o direito a saúde por ser um direito fundamental de segunda geração deve ser disponibilizado através de serviço público e realizado através do Sistema Único de Saúde, contudo é neste contexto que ocorre a violência obstétrica na maioria dos casos.

Diante deste cenário, cabe um estudo acerca da responsabilidade estatal diante dos casos em que a violação do direito da saúde ocorre pelo mesmo agente que deveria garanti-lo.

5. DA RESPONSABILIDADE ESTATAL

Conforme tratado anteriormente, após as reivindicações por um Estado Social que garantisse a prestação e o acesso aos direitos sociais, fez-se necessário que o Estado buscasse formas de realizar esses direitos pleiteados a população. Em decorrência surgiram os serviços públicos.

Neste trabalho em específico são tratadas reflexões acerca do direito à saúde, sua natureza de serviço público, a forma como é realizada através do Sistema Único de Saúde e as diversas violações sofridas pelas mulheres vítimas de violência obstétrica dentro deste serviço.

Contudo, diante de toda esta perspectiva tratada até aqui, faz-se necessário um estudo relacionado a responsabilidade estatal nesses casos. Ao assumir a postura de prestador e realizador da saúde como obrigação constitucional o Estado deve se comprometer a disponibilizá-la de forma digna e respeitando os direitos da população atendida por ele.

Cumprindo portanto, discorrer sobre a responsabilidade estatal diante de casos de violência obstétrica ocorridos dentro do serviço público de saúde.

5.1 CONCEITO E EVOLUÇÃO

Diante da evolução e da proporção que a prestação estatal assumiu com o passar dos anos, certos mecanismos de responsabilização quanto aos danos causados se fizeram necessários.

Diversas demandas contra o Estado surgiram e levaram aos teóricos e ao próprio poder público a desenvolverem teorias que atendessem a justiça e a igualdade. O conceito de responsabilidade extracontratual do Estado sofreu diversas modificações durante o tempo até a definição que possui atualmente. Cumprindo discorrer sobre a evolução histórica, teorias e os conceitos envolvidos que resumem a posição adotada pelo ordenamento jurídico atualmente no Brasil.

Inicialmente vale uma breve distinção entre os tipos de responsabilidades existentes de acordo com as lições de Mauro Sérgio dos Santos⁷⁹. A responsabilidade subjetiva se caracteriza pelo dever de reparar um dano causado

⁷⁹ SANTOS, M.S. 2012. p. 399.

através de ato ilícito, baseando-se na análise de culpa ou dolo. Já a responsabilidade objetiva diferentemente da subjetiva não está ligada a vontade do sujeito, mas sim ao risco que sua conduta oferece a coletividade, sendo assim deve tomar as cautelas necessária, se não forem suficientes, responderá pelo ato independente de culpa ou não.

A possibilidade de responsabilização extracontratual do Estado surge juntamente com o dever de reparar dano causado a terceiro, prejudicado em razão de condutas de agentes públicos que estejam em exercício de sua função.

Os fundamentos da responsabilidade estatal, de acordo com Aragão⁸⁰, estão baseados no próprio Estado de Direito que determina que todos estão sujeitos as normas da sociedade, inclusive o próprio Estado, no princípio da igualdade e ainda e principalmente no princípio do solidariedade social ou repartição dos encargos sociais.

Essas condutas lesivas podem ser comissivas, ou seja, que possuem a ideia de uma ação positiva, ou omissivas quando o agente representante do Estado deixa de desempenhar sua função. Vale ressaltar que essas condutas danosas só podem ser consideradas a termos de responsabilidade estatal quando praticadas por agente durante o exercício de suas funções.

Diferentemente do raciocínio da responsabilidade no âmbito do direito civil que só se aplica nos casos em que o ato é ilícito, no âmbito do direito público os atos danosos a terceiros passíveis de responsabilidade estatal podem ser tanto lícitos como ilícitos.

Maria Sylvia Di Pietro⁸¹ apresenta em seus estudos a seguinte definição quanto a responsabilidade estatal, conforme pode ser analisado a seguir:

Pode-se, portanto, dizer que a responsabilidade extracontratual do Estado corresponde à obrigação de reparar danos causados a terceiros em decorrência de comportamentos comissivos ou omissivos, materiais ou jurídicos, lícitos ou ilícitos, imputáveis aos agentes públicos.

Cabe ressaltar que a responsabilidade extracontratual do Estado pode ser aplicada tanto as pessoas jurídicas de direito público quanto as pessoas jurídicas de direito privado prestadoras de serviços públicos.

⁸⁰ ARAGÃO, 2013. p. 581.

⁸¹ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 31. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018. p. 808.

Ao decorrer dos anos houveram diversas evoluções quanto ao conceito e aplicabilidade da responsabilidade do Estado. As fases dessas evoluções podem ser divididas em teorias a serem analisadas a seguir.⁸²

As primeiras reflexões acerca da responsabilidade estatal surgiram ainda na época dos Estados absolutistas, com base no ideal de que o soberano não poderia ser igualado aos súditos, que não cometeria erros, não era possível imputar responsabilidade ao Estado, concentrado na pessoa do próprio governante. Se tratava da teoria da irresponsabilidade estatal.

Com o tempo e a percepção de que a teoria anterior contrariava a ideia de justiça surgiram as teorias civilistas, baseadas nas legislações civis aplicadas a toda a sociedade.

Com base no modelo francês surgiu a teoria que levava em conta os atos de gestão. Na França as práticas do governo se divididas em atos de império, ligados a soberania, que possuíam caráter coercitivo, de aplicabilidade vertical, portanto inquestionáveis, e em atos de gestão que consistiam no Estado agindo nas mesmas condições que os particulares, administrando patrimônios, serviços. Concluiu-se que as práticas danosas decorrentes de atos de gestão poderiam gerar a responsabilidade do Estado desde que configuradas um conduta oficial, dano e o nexo causal entre eles, juntamente com a caracterização de dolo ou culpa por parte do agente público. Com o tempo essa teoria deixou de ser utilizada dada a dificuldade de definição do que seriam atos de império e atos de gestão.

Contudo houve a percepção de que não poderiam ser aplicados ao Estado institutos do direito civil, surgiram as teorias publicistas. Divididas em teoria da culpa administrativa e teoria do risco, ambas entendem que não é necessária a comprovação de dolo ou culpa do agente.

A teoria da culpa administrativa está relacionada a tentativa de desvinculação do agente do Estado, é exigido apenas comprovação do dano em razão do serviço público. Há a presunção de culpa do Estado quando comprovado que dado serviço público não funcionou ou funcionou mal.

A teoria do risco por sua vez é o fundamento para a responsabilidade objetiva do Estado, baseia-se na ideia de que todos aqueles que usufruem do Poder Público devem suportar quando um deles é prejudicado, ou seja, aqueles que

⁸² ALEXANDRE, Ricardo; DE DEUS, João. **Direito Administrativo**. 4. ed. Rio de Janeiro Forense; São Paulo: Método, 2018. p. 774 – 779.

dispõem de vantagens também devem arcar com prejuízos. Para essa teoria é exigido a comprovação de uma conduta oficial, do dano causado por ela e do nexo causal.

Esta teoria também se divide em duas classificações, a do risco administrativo que admite excludentes como força maior, culpa exclusiva da vítima ou culpa de terceiros e atenuantes nos casos em que a culpa do Estado for concorrente a da vítima, e ainda a teoria do risco integral que parte da ideia do Estado como um segurador universal, ou seja, de acordo com esta teoria não haveriam excludentes nem atenuantes de responsabilidade estatal.

Adotada pelo ordenamento brasileiro a teoria do risco administrativo prevê como excludentes de nexo causal, a força maior que consistiria em um fato imprevisível, inevitável, ato de terceiro ou culpa exclusiva da vítima. Há também a previsão para uma atenuante da responsabilidade do Estado nos casos de culpa concorrente a da vítima, deste caso é feita uma análise do caso concreto e a devida compensação de culpas.

A Constituição Federal de 1988 através de seu artigo 37, §6⁸³ prevê que a responsabilidade adotada trata-se da responsabilidade objetiva, juntamente com a teoria do risco administrativo, conforme pode ser analisado a seguir:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

A responsabilidade objetiva exige que o dano tenha sido causado por agente público em exercício de suas funções e que haja um nexo causal entre esses requisitos, ou seja, o prejuízo sofrido por dado indivíduo necessariamente deve ter sido causado em decorrência do serviço público.

Contudo, também é assegurado ao Estado seu direito de regresso em face do agente público que causou danos a terceiros desde que comprovado a presença de dolo ou culpa, ou seja, sua responsabilidade subjetiva.

⁸³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 01 set 2018.

Estes referidos danos passíveis de indenização podem ser cumulados desde que seja possível identificar cada um, sendo eles o dano material que ocorre em razão do próprio prejuízo decorrente da ação estatal, o dano emergente e o que deixou de lucrar no período em que deixou de auferir rendimentos em razão do prejuízo, os lucros cessantes; o dano moral que é caracterizado por lesões aos direitos de personalidade como dignidade, provocando dor, sofrimento e humilhação; e ainda dano estético que interfere na harmonia da aparência da pessoa lesada.

A ação de reparação pode ser realizada tanto administrativamente, desde que o Estado assuma sua responsabilidade espontaneamente e concorde com o indivíduo quantos aos valores requeridos, ou judicialmente.

Na hipótese de uma ação judicial de reparação de dano, seja ele material, moral ou estético, pode ser proposta diretamente contra a figura estatal que representa o serviço público no qual ocorreu a conduta lesiva. Deve ser considerada a entidade que possua personalidade jurídica e não o agente público.⁸⁴

O prazo prescricional para tal ação é de cinco anos a serem contados da data de ocorrência do ato lesivo, ou em casos em que o indivíduo não seja consciente, a partir do momento em que tomar ciência do ocorrido, de acordo com Ricardo Alexandre e João de Deus⁸⁵.

A possibilidade de direito de regresso do Estado em relação ao agente causador do dano se dá somente mediante comprovação da responsabilidade subjetiva do agente, ou seja, da comprovação se ele agiu com dolo ou culpa. Neste caso o ônus da prova cabe ao Estado.

Há discussões na doutrina acerca da necessidade figura da denunciação à lide ainda dentro da ação de reparação de dano proposta pelo particular em face do Estado. Di Pietro⁸⁶ afirma ser desnecessário, haja vista que já há a previsão legal de regresso ao Estado em face do agente público. Segundo ela, a denunciação à lide inclui na ação um novo tópico não arguido pelo autor.

Diante do exposto a respeito da responsabilidade extracontratual estatal, é possível concluir algumas questões sobre o tema.

No caso da violência obstétrica ocorrida dentro do SUS fica claramente caracterizada a conduta comissiva de agentes públicos no exercício de suas

⁸⁴ SANTOS, M. S. 2012. p. 427.

⁸⁵ ALEXANDRE; DE DEUS.2018. p. 799 - 804

⁸⁶ DI PIETRO. 2018. p. 837.

funções, ou seja, a responsabilidade estatal nesses casos é objetiva cabendo direito de regresso do Estado em face do agente praticante, comprovado dolo ou culpa.

Seria perfeitamente cabível uma ação de reparação de danos morais, estéticos e até mesmo materiais.

De acordo com a definição de Carlos Roberto Gonçalves⁸⁷, o dano material consistiria em toda ação que gere prejuízo patrimonial ao indivíduo, que lhe cause prejuízo financeiro de algo que já possui, considerado dano emergente ou de algum valor que deixou de receber em razão do dano sofrido, considerado lucros cessantes. Estaria ligado diretamente ao direito patrimonial.

Os danos morais por sua vez, consistiriam em danos que repercutem na esfera pessoal e valorativa do indivíduo, de acordo com Carlos Alberto Bittar⁸⁸. Ao atingir essa esfera subjetiva seria provocado dor e angústia. Enquanto os danos materiais estariam ligados ao direito patrimonial, os danos morais estariam ligados aos direitos de personalidade.

Por fim os danos estéticos que estão diretamente ligados a ideia de deformidade, que causem impressão de desagrado gerando constrangimento a pessoa lesada.⁸⁹

As consequências da violência obstétrica possuem diversos resultados, tanto físicos, como por exemplo na hipótese de uma mulher perder o controle sobre suas funções fisiológicas em razão de uma episiotomia desnecessária feita erroneamente, que deixará sequelas emocionais e até mesmo materiais, haja vista que esta condição pode inclusive interferir na possibilidade de ganhos desta mulher.

É importante ser feita uma conscientização das vítimas de violência obstétrica que ocorreram dentro do serviço público de saúde. Conforme já tratado anteriormente, muitas dessas mulheres possuem a noção de que o serviço público seria um favor e não um direito constitucionalmente assegurado e optam por não buscar o judiciário para responsabilizar os agentes violadores de seus direitos.

O dano causado a elas possivelmente deixará marcas físicas e emocionais por toda a vida. O Estado deve ser responsabilizado pela violência obstétrica na tentativa de reparar ato tão lesivo a mulher, e assim ao responder essas ações de

⁸⁷ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil brasileiro**. 13. ed. São Paulo: Saraiva. 2018. p. 369.

⁸⁸ BITTAR, Carlos Alberto. **Reparação Civil por Danos Morais**. 4. ed. São Paulo: Saraiva. 2015. p. 41 – 42.

⁸⁹ Ibid. p. 454.

reparação possivelmente intensifique seus esforços na tentativa de acabar com essas práticas.

5.2 O TRATAMENTO JURISPRUDENCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Conforme exposto neste capítulo, os casos de violência obstétrica ocorridos dentro do serviço público de saúde resultam na responsabilidade objetiva do Estado e subjetiva do agente que a praticou, possibilitando a vítima a buscar o judiciário através de ação de reparação de dano formas de amenizar os prejuízos sofridos.

Contudo, a violência obstétrica apesar de ser uma prática antiga, tão difundida que por muitos é tida como normal, tem sua noção pouco difundida. Já tratada anteriormente, cabe retomar a ideia de que muitas mulheres são vítimas da violência obstétrica e não percebem.

Mesmo com os crescentes movimentos de conscientização, ciberativismo, informações através da mídia, a violência obstétrica ainda é pouco notada. Trata-se de um fenômeno ainda considerado invisível, mas que aos poucos ganha espaço nas discussões e inclusive dentro do poder judiciário.

Possivelmente por envolver questões íntimas, por crenças de que o tratamento recebido através do serviço público de saúde é um favor, por vergonha ou por descrença na justiça, as jurisprudências envolvendo violência obstétrica são poucas atualmente no judiciário brasileiro.

Dentre as pesquisas realizadas para a elaboração deste trabalho até a data de entrega do mesmo, somente uma jurisprudência proveniente do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia foi encontrada tratando da responsabilidade do Estado em um caso de violência obstétrica em um hospital público do estado.

Por outro lado, bem mais comuns são as jurisprudências de casos de violência obstétrica dentro do serviço privado. Diante desse caso, a reflexão necessária a ser feita remete a questões sociais.

A leitura que pode ser feita desta considerável diferença no número de casos que chegam aos tribunais do país acerca da violência obstétrica, consiste no fato de que a justiça ainda não é disponível a todos.

O usuário do serviço de saúde privado, possui condições para arcar com os custos do mesmo, logo pertence a uma classe social superior, possui noção de seus

direitos e formas para alcançá-lo através do judiciário, pois possui condições financeiras e esclarecimento para tal.

A parte da população que utiliza e depende exclusivamente do serviço público por sua vez, faz uso por não ter outra opção e como já foi reiterado diversas vezes neste trabalho aceita o que lhe é disponibilizado por entender que está recebendo um favor.

Parte da população usuária do Sistema Único de Saúde, na maioria dos casos, além de receber um serviço de saúde deficiente, também recebeu um serviço de educação deficiente e dificilmente tem consciência de seus direitos, tão pouco condições ou esclarecimento para buscar o poder judiciário.

Conforme já tratado anteriormente, as mulheres pobres estão mais suscetíveis a sofrer com a violência obstétrica e são as que menos possuem noção da violência que sofreram e da violação de seus direitos.

Estabelecida a leitura feita diante das jurisprudências encontradas durante esta pesquisa, cabe discorrer sobre elas e o tratamento dado pelo poder judiciário a violência obstétrica.

O Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, através da apelação civil nº 0005195-61.2012.8.05.0088⁹⁰ reconheceu o direito a indenização do cônjuge e filha de uma vítima de violência obstétrica.

No caso em questão, a vítima em estado de gravidez avançado sentiu-se mal com dores na virilha, falta de ar e visão turva, seu marido ligou para o SAMU que não compareceu, sendo orientado a levar a esposa até o hospital em veículo próprio. Ao chegar ao estabelecimento, a vítima demorou 40 minutos para ser atendida e quando foi não deve direito a um acompanhante. Após aproximadamente 2 horas e meia foi realizado exame que constatou a morte do feto. A vítima foi encaminhada ao centro cirúrgico para cesariana e apresentou quadro de hemorragia, contudo, mesmo após o fim da cirurgia foi encaminhada a sala de pré-parto, onde teve duas paradas cardíacas para somente após ser conduzida a Unidade de Tratamento Intensivo.

⁹⁰ BAHIA. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Apelação 0005195-61.2012.8.05.0088**. Relator(a): Lícia de Castro L. Carvalho, Primeira Câmara Cível, Publicado em: 30/07/2018. Disponível em: <<https://www2.tjba.jus.br/erp-portal/publico/jurisprudencia/consultaJurisprudencia.xhtml>>. Acesso em: 12 set 2018.

O posicionamento do tribunal diante do caso foi o reconhecimento da má prestação do serviço público de saúde, em razão das negligências sofridas pela vítima e da demora do atendimento. Também foi destacado a existência do nexo causal entre a demora e a morte da vítima e do feto, sendo assim caracterizada a responsabilidade objetiva estatal, dado ao mal funcionalmente do serviço público de saúde. O Estado da Bahia foi condenado ao pagamento de indenização referente a danos morais no valor de R\$ 120.000,00 e às despesas que a família teve com o funeral.

Em decisão proveniente do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo⁹¹, ao tratar de uma caso de violência obstétrica na esfera privada, manteve a condenação ao hospital em que a vítima foi violentada por reconhecer a existência de danos morais.

No referido caso a vítima alegou que ao decorrer do trabalho de parto sofreu diversos tipos de violência obstétrica. Sendo hostilizada pela médica que a atendia e pelas enfermeiras presentes, foi impedida de ter um acompanhante, informou ainda que em dado momento a médica chegou a gritar com ela dizendo que caso não fizesse força para o parto natural seria realizado a manobra de Kristeller. A vítima foi conduzida às pressas ao centro cirúrgico com hemorragia e o filho apresentando sinais de sofrimento fetal, onde também não teve direito a acompanhante. Após a realização da cirurgia a vítima foi impedida de ver seu filho recém-nascido.

A decisão do tribunal reconheceu a ocorrência de violência obstétrica, destacando o desrespeito ao direito a um acompanhante no momento do parto, previsto na lei 11.108, o fato da vítima ter tido sua dor ignorada por toda a equipe médica. Foi ressaltado ainda que o parto não é uma ocasião de dor necessária e que é direito da mulher uma assistência digna e respeitosa durante o parto.

O Tribunal do Estado de São Paulo manteve a condenação ao hospital privada por danos morais e ao pagamento de indenização no montante de R\$ 50.000,00.

Em ambas as decisões há a condenação por danos morais, ou seja, o entendimento majoritário dos tribunais é direcionada aos efeitos e sofrimentos psicológicos sofridos pelas vítimas.

⁹¹ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0001314-07.2015.8.26.0082. Relator: Fábio Podestá. 5ª Câmara de Direito Privado. Publicado em 11/10/2017. Disponível em: < <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=10877095&cdForo=0>>. Acesso em: 12 set 2018.

Fato este decorrente dos próprios requerimentos judiciais das vítimas. Poucos são os casos que pleiteiam dano material ou estético, talvez devido ao fato de que as dores psicológicas causadas pela violência obstétrica possuem relevância maior as vítimas do que possíveis danos patrimoniais ou a sua aparência física.

Apesar de ainda pouco comum nos tribunais, as ações decorrentes de violência obstétrica possuem papel importante, não apenas na tentativa de reparar os danos sofridos pelas vítimas, mas também na intenção de inibir comportamentos hostis e desumanos dos profissionais da saúde.

Conforme foi analisado com base na pesquisa de jurisprudência para este trabalho, é grave a percepção de que informações a respeito da violência obstétrica são mais acessíveis a parte da população que possui maiores condições financeiras do que a população pobre.

São necessárias formas de divulgação e conscientização acerca da violência obstétrica para todas as classes sociais, principalmente para aquelas que possuem pouco esclarecimento quanto aos seus direitos.

A violência obstétrica deixa marcas nas vítimas que provavelmente as acompanharão por toda a vida. O fato de não existir uma lei em vigência que a regulamente, não impede a proteção da mulher contra essas práticas por outros meios e principalmente não impede a devida reparação judicial para tais atos.

6. CONCLUSÃO

A violência obstétrica além de atingir especificamente as gestantes, parturientes ou mulheres em situação de abortamento, é uma questão humanitária. A elaboração deste trabalho trouxe diversas reflexões, principalmente com relação ao papel da mulher ao longo da história, especificamente na ocasião do parto e sobre seu lugar na sociedade.

O fato de 1 a cada 4 mulheres serem vítimas desta violência é algo grave e alarmante dado as diversas formas que pode ocorrer. O direito à saúde, a dignidade, a livre escolha e outros tantos são institucionalmente violados diariamente. Fato importante que trouxe reflexões foi a questão da invisibilidade que o tema possui. Dar a luz não é um fenômeno novo, a violência e desrespeito neste momento certamente também não é.

Com o advento do Estado Social, os direitos fundamentais de segunda geração foram conquistados pela população que os reivindicava em dada época, o Estado assumiu o dever de entrega-los a população, entre eles o direito à saúde.

O direito a saúde por sua vez possuindo característica de direito subjetivo assegurado a generalidade, intrinsecamente ligado ao direito à vida e à dignidade possui uma natureza de prestação positiva por parte do Estado que necessita de mecanismos para disponibiliza-lo.

Esses mecanismos se dão através dos serviços públicos sociais, e efetivamente realizado através do Sistema Único de Saúde que pretende a disponibilização da saúde de forma universal e isonômica.

Contudo, quando este serviço funciona mal e causa danos aos usuários deve haver a responsabilização estatal, a fim de que sejam minorados os prejuízos sofridos pelas vítimas.

Por ser justamente desse ambiente prestacional público de saúde que práticas como violência física, verbal, psicológica, abuso de medicamentos, negligências e outras diversas ações caracterizadas como violência obstétrica ocorrem diariamente o Estado deve ser responsabilizar, sendo possível a vítima buscar uma ação de reparação de danos morais, estéticos e materiais.

A principal importância acerca das reflexões jurídicas levantadas neste trabalho foi a análise ampla feita, partindo o direito garantido, prestado e posteriormente violado.

As considerações feitas a respeito do tratamento nos tribunais quando a violência obstétrica, também revelaram fator alarmante. Fica evidente que questões sociais interferem na busca da proteção ao direito. A população pobre usuária dos serviços públicos de saúde dificilmente tem a noção de seus direitos e conhecimentos acerca da busca por reparação junto ao poder judiciário.

Cabe a sociedade disseminar informações e conhecimentos sobre a violência obstétrica para que cada vez mais mulheres tenham consciência da violência que sofreram, não se calem e busquem reparação.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Ricardo; DE DEUS, João. **Direito Administrativo**. 4. ed. Rio de Janeiro Forense; São Paulo: Método, 2018.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. **Curso de Direito Administrativo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. **Direitos dos Serviços Públicos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf> Acesso em 21 abr 2018.

BITTAR, Carlos Alberto. **Reparação Civil por Danos Morais**. 4. ed. São Paulo: Saraiva. 2015

BAHIA, Lígia. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>> Acesso em: 21 abr 2018.

BAHIA. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Apelação 0005195-61.2012.8.05.0088**. Relator(a): Lícia de Castro L. Carvalho, Primeira Câmara Cível, Publicado em: 30/07/2018. Disponível em: < <https://www2.tjba.jus.br/erp-portal/publico/jurisprudencia/consultaJurisprudencia.xhtml>>. Acesso em: 12 set 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 10 mar.2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei PL 7.633/2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785>. Acesso em: 15 ago 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei PL 7.867/2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEEB4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filenome=Avulso+-PL+7867/2017>. Acesso em: 15 ago 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei PL 8.219/2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=79E6E60D7D9C0ACA4DCE3CE1A5BCFC8E.proposicoesWebExterno1?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017> Acesso em: 15 ago 2018.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília 13 de setembro de 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em: 12 mar 2018.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em 12 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 7 de abril de 2005. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 7 mai 2018

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências Brasília, 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 15 mar 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 mar.2018.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> Acesso em: 21 abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 7 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos pela Saúde 2006 volume 1.** Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>> Acesso em 19 abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS.** 2006. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em 10 abr 2018.

BRASIL. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em 19 abr 2018.

COFEN. **Parecer nº 338/2016.** Conselheira Relatora: Maria do Razário de Fátima Borges Sampaio. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-vistas-no-3382016_48408.html> Acesso em: 7 mai 2018

DE AGUIAR, Janaína Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência Institucional em Maternidades Públicas sob a Ótica das Usuárias.** 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832011000100007&script=sci_abstract&tlng=es> Acesso em: 18 mai 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo.** 30. ed. rev., atual., e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo.** 31. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva** 2006; 1 (1): p.80-91. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Alessandra_Chacham/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_e_m_Sao_Paulo/links/57c4991408aeb04914357eea.pdf> Acesso em: 5 mai 2018.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloísa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DE CARVALHO, Paula Galdino Cardin; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. 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**, 2015; 25(3): p. 377-376. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf> Acesso em 5 mai 2018.

ESTADO DE SANTA CATARINA. **Lei Estadual nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 17 de janeiro de 2017. Disponível em

<http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em 15 ago 2018.

FORMENTI, Lígia; CAMBRICOL, Fabiana. **Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos**. 2017. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contra-manobras-agressivas-em-partos,70001688083>> Acesso em. 7 mai 2018.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 15 mai 2018.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil brasileiro**. 13. ed. São Paulo: Saraiva. 2018.

GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; DO AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista de Estudos Feministas**, vol. 26 no.1. Florianópolis. 2018. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/43278> >. Acesso em: 6 mai 2018.

HENRIQUES, Fátima Vieira. Direito Prestacional à Saúde e Atuação Jurisdicional. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Orgs). **Direitos Sociais, Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. 1. ed. Rio de Janeiro: Juris Lumen, 2010.

HERRERA, Carlos Miguel. Estado, Constituição e Direitos Sociais. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Orgs). **Direitos Sociais, Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. 1. ed. Rio de Janeiro: Juris Lumen, 2010.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres**. 1979. Disponível em: < https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10233.htm>. Acesso em 13 ago 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em 13 ago 2018.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. 1994. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm>. Acesso em 13 ago 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 mai 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=36F000EB9DF7707D51C627A05F814AA1?sequence=3> Acesso em: 15 mai 2018.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que é o SUS?**. E-book. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em 04 abr 2018.

PARTO DO PRICÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Dossiê Violência Obstétrica - Parirás com dor.** 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2018

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde Regime Jurídico, políticas públicas e controle judicial.** 1 ed. em ebook baseado na 1ed. impressa. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. Acesso em: 20 abr 2018.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O Direito Fundamental à Saúde na Perspectiva da Constituição Federal: Uma Análise Comparada. **Revista Jurídica da Procuradoria do Estado do Paraná.** Curitiba. n.1. 2010. Disponível em: <http://www.pge.pr.gov.br/arquivos/File/Revista_PGE_2010/04_O_direito_fundamental.pdf> Acesso em 29 mar. 2018.

ROTHENBURG, Walter Claudius. In. CLÉVE, Clémerson Merlin (coord.) **Direito constitucional brasileiro - volume I: Teoria da constituição e direitos fundamentais.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. Acesso em 19 abr 2018

SANTOS, Mauro Sérgio dos. **Curso de Direito Administrativo.** Rio de Janeiro: Forense, 2012.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação nº 0001314-07.2015.8.26.0082.** Relator: Fábio Podestá. 5ª Câmara de Direito Privado. Publicado em 11/10/2017. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=10877095&cdForo=0>>. Acesso em: 12 set 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 30. ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2011.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** V.19, n.3. p. 509-517. São

Paulo. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>> Acesso em: 20 abr 2018.

Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental em Recurso Extraordinário 271.286**, Rel. Min. Celso de Mello, DJ 12.09.2000. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538> > Acesso em: 20 mar 2018.