

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

AMANDA MARIA OLIVEIRA PINTO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise acerca do Projeto de Lei nº 7.633/2014 como proposta de garantia aos direitos fundamentais da mulher

São Luís

2017

AMANDA MARIA OLIVEIRA PINTO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise acerca do Projeto de Lei nº 7.633/2014 como proposta de garantia aos direitos fundamentais da mulher

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa Aquino

São Luís

2017

Pinto, Amanda Maria Oliveira

Violência obstétrica: uma análise acerca do Projeto de Lei nº 7.633/2014 como proposta de garantia aos direitos fundamentais da mulher / Amanda Maria Oliveira Pinto. – São Luís, 2017.

90 f.: il.

Orientador(a): Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa Aquino

Monografia (Graduação) – Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Direitos Fundamentais da Mulher. 2. Violência Obstétrica. 3. Projeto de Lei nº 7.633/2014. I. Aquino, Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa. II. Título.

AMANDA MARIA OLIVEIRA PINTO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise acerca do Projeto de Lei nº 7.633/2014 como proposta de garantia aos direitos fundamentais da mulher

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa Aquino (Orientadora)

Examinador 1

Examinador 2

A todas as mulheres que de alguma forma tiveram seus direitos violados no momento do parto. Que a opressão jamais cale a nossa voz!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por permitir que eu conquistasse o meu objetivo e por ter guiado a minha trajetória ao longo desses 5 anos.

Aos meus pais, Paulo Roberto e Selma Maria, pelo amor, incentivo, cuidado e apoio incondicional e por não medirem esforços para que eu alcançasse todos os meus objetivos. Se hoje estou aqui é porque encontrei neles o suporte necessário para isso. Agradeço por sempre me encorajarem a dar continuidade na minha caminhada, principalmente nos momentos em que fraquejei e pensei em desistir.

Agradeço ao meu irmão, João Cláudio, que com muita paciência e cumplicidade, entendeu os meus momentos de angústia e estresse e não me deixou sozinha, sempre me incentivando a correr atrás dos meus sonhos e dar o melhor de mim.

Um agradecimento especial à minha orientadora, professora Maria da Glória, uma profissional admirável com quem tive a honra de conviver durante esses últimos meses. Sempre serei grata pelos conselhos, pela paciência, pela disponibilidade, pelo zelo e pelo enriquecimento de ideias para desenvolver este tema que tanto me despertou a atenção.

Agradeço aos meus amigos, especialmente à minha amiga Manuella Barros, companheira inseparável, que compartilhou comigo inúmeros momentos de inquietude e felicidade durante tantos anos de amizade. É confortante saber que jamais caminharei sozinha e que sempre terei alguém para partilhar as minhas vitórias.

Agradeço ainda ao Pedro, que foi tão cuidadoso e me ajudou em um momento de grande dificuldade. Obrigada pelo auxílio, dedicação, por sempre ser solícito a qualquer ajuda que eu precisei ao longo do trabalho e por me lembrar diversas vezes que tudo daria certo.

E finalmente, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a consolidação desse trabalho.

“Não sou livre enquanto outra mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas”.

Audre Lorde

RESUMO

A violência obstétrica é uma das modalidades de violência que põe em discussão os direitos fundamentais da mulher, caracterizando-se como uma prática silenciosa e de difícil constatação, em razão da aceitação cultural de que o parto é um momento de dor “necessário”. Além disso, a institucionalização do parto, isto é, a saída do ambiente familiar para a instituição hospitalar, bem como a retirada do protagonismo da parturiente para o médico especializado, amparado pelo crescimento tecnológico, acarretaram o aumento da vulnerabilidade da mulher e da lesão aos seus direitos fundamentais. Na concepção de parto humanizado, a atenção à individualidade tem uma importância redobrada, por envolver seres que precisam de um cuidado especial, em um momento único de suas vidas, e muitas vezes, determinante para o progresso de sua saúde futura. Em suma, promover um parto seguro é proporcionar melhores meios para que mãe e filho possam trabalhar com cautela nessa missão natural. O presente trabalho analisa os aspectos da violência obstétrica à luz do Projeto de Lei nº 7.633/2014, que estabelece as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério. Emprega-se o método hipotético-dedutivo, dando-se ênfase ao fundamento desenvolvido por Pierre Bourdieu, baseado nos conceitos de *habitus*, campo e representações oficiais.

Palavras-chave: Direitos fundamentais da mulher. Violência obstétrica. Projeto de Lei nº 7.633/2014.

ABSTRACT

Obstetric violence is a form of violence which calls into question the fundamental rights of women. It is characterized as a silent practice and a difficult one to detect, due to the cultural acceptance that childbirth is a moment of “necessary” pain. Furthermore, the institutionalization of childbirth, in other words, the relocation from the family environment to a hospital institution, as well as the withdrawal of the parturient’s protagonism in benefit of the specialized doctor, supported by technological growth, increased the vulnerability of women and allowed further damage to their fundamental rights. In the concept of humanized childbirth, one’s individuality is given greater importance, as it is a situation which involves beings that require particular care in a special moment of their lives, one which may be decisive for their future health. In short, arranging a safe birth means providing better ways for mother and child to work safely in this natural mission. The present work analyzes the aspects of obstetric violence under Bill No. 7.633/2014, which established the guidelines and principles inherent to women’s rights during pregnancy, pre-partum and puerperium. The hypothetical-deductive method is used, emphasizing the principles developed by Pierre Bourdieu, based on the concepts of habitus, field and official representations.

Keywords: Fundamental rights of women. Obstetric violence. Bill No. 7.633/2014.

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Código Civil
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas
CLAP	Centro Latino-Americano de Perinologia
CMICBPO	Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CP	Código Penal
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDT-PE	Partido Democrático Trabalhista – Pernambuco
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PL	Projeto de Lei
PPP	Pré-Parto, Parto e Pós-Parto
PSB-SP	Partido Socialista Brasileiro - São Paulo
PSOL-RJ	Partido Socialismo e Liberdade – Rio de Janeiro
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: origens do tema violência obstétrica	14
3	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	26
3.1	Conceito	26
3.2	Práticas consideradas violentas	29
3.2.1	Violência institucional	30
3.2.2	Episiotomia	31
3.2.3	Aceleração do parto (Manobra de Kristeller).....	35
3.2.4	Cesáreas indesejadas e desnecessárias, por conveniência do médico ou por coação	36
3.2.5	Restrição ao direito a um acompanhante (Lei nº 11.108/2005 – garante à parturiente o direito a um acompanhamento).....	39
3.2.6	Falta de informação ou consentimento da paciente	42
4	SISTEMAS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS DA MULHER NA TENTATIVA DE COIBIR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	44
4.1	Os direitos sexuais e reprodutivos reconhecidos enquanto direitos humanos	44
4.2	A necessidade de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto Direitos Fundamentais, com previsão na Constituição Federal de 1988	51
5	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DO PROJETO DE LEI Nº 7.633/2014	55
5.1	Fundamentos do Projeto de Lei nº 7.633/2014	55
5.2	Procedimento do Projeto de Lei nº 7.633/2014	60
5.3	Tramitação do Projeto de Lei nº 7.633/2014	62
5.4	Os recursos disponíveis no ordenamento jurídico brasileiro para a mulher vítima de violência obstétrica	64
5.5	Tratamento legal dado à violência obstétrica em países latino-americanos: a experiência da Argentina e da Venezuela	71
5.5.1	Tratamento legal na Argentina	71
5.5.2	Tratamento legal na Venezuela.....	73
6	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	78

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.¹

Enxergar a mulher como a personificação de um ser inferior, de menor força física e capacidade intelectual, que naturalmente tem uma predisposição para ser dominada, não parece ser muito coerente para uma sociedade moderna. Entretanto, ao longo da história, a mulher infelizmente ainda se apresenta como “sexo frágil”, já que o conservadorismo que insiste em rotular determinadas funções como próprias do masculino ou do feminino permanece fortalecido, tornando o desequilíbrio entre os gêneros cada vez mais resistente e propiciando a naturalização da chamada “violência de gênero”.

Infelizmente, a predominância do poder masculino se caracteriza com um processo de construção social contra as mulheres, configurando uma forma de violência física, moral, psicológica e simbólica que encontram condições favoráveis para se disseminarem na sociedade, especialmente porque muitas dessas mulheres ainda se apresentam como submissas e dependentes dos homens.

Nas palavras de Pierre Bourdieu, violência simbólica é aquela que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também, frequentemente, daqueles que a exercem na medida em que uns e outros são inconscientes de a exercer ou a sofrer.² Dessa maneira, verifica-se que por se tratar de uma prática silenciosa, sutil e até mesmo invisível, a violência simbólica se torna ainda mais preocupante, já que é considerada o ponto de partida para a prática dos diversos tipos de violência contra a mulher.

De acordo com a pesquisa “O Poder Judiciário na Aplicação da Lei Maria da Penha”, desenvolvida pelo Conselho Nacional de Justiça no ano de 2013, “a violência contra a mulher constitui atualmente uma das principais preocupações do Estado brasileiro e enseja o desenvolvimento de políticas públicas específicas para o seu enfrentamento”.³

¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2015b. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

² BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. p.120.

³ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **O Poder Judiciário na aplicação da Lei Maria da Penha**. Brasília, DF, 2013. p. 12.

Diante das inúmeras formas de violência praticada contra a mulher, destaca-se a chamada violência obstétrica, ou melhor dizendo, aquela praticada pelo profissional de saúde contra a mulher durante a gravidez, parto, pós-parto ou atendimento ao abortamento.

Na esfera internacional, a “*Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*”, promulgada na Venezuela, em 2007, conceitua a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde que se expressam através do trato desumanizado, do abuso de medicalização e da patologização dos processos dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.⁴

Em 2010 foi realizada a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”⁵ (a única que tratou sobre o tema em questão), pela Fundação Perseu Abramo, na qual constatou-se que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência na hora do parto - agressões que vão desde toques invasivos e dolorosos até gritos, xingamentos e frases com deboche ditas por profissionais de saúde.

O Brasil se encontra em uma posição desfavorável em relação a alguns países, como por exemplo, a Argentina e a Venezuela, por não ainda possuir uma legislação específica que resguarde os direitos da mulher em situação de gestação, pré-parto, parto, puerpério e abortamento. Contudo, está em trâmite no Congresso Nacional, o Projeto de Lei (PL) nº 7.622/2014, de autoria do deputado Jean Wyllys, que visa justamente assegurar as garantias da mulher e de seu bebê nesse momento tão importante,⁶ todavia um longo caminho ainda precisa ser percorrido até a sua aprovação.

O presente trabalho pretende não só explorar as questões importantes relacionadas a essa modalidade de violência, que vem se apresentando como um verdadeiro obstáculo a concretização efetiva dos direitos humanos e fundamentais da mulher, mas também promover uma análise acerca dos principais aspectos do Projeto de Lei nº 7.633/2014, destacando a maneira que o legislador encontrou para garantir os direitos da parturiente e do nascituro.

⁴ VENEZUELA. República Bolivariana de Venezuela. Tribunal Supremo de Justicia. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia**. Caracas: Fondo De Población De Las Naciones Unidas, 2007. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2017.

⁵ VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2010.

⁶ WYLLYS, Jean. Projeto de Lei nº 7633/2014. 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/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em: 16 set. 2016.

Assim, o trabalho se inicia com uma breve contextualização histórica a respeito do processo de industrialização do parto e analisa de que forma isso contribuiu para o surgimento da discussão sobre o tema “violência obstétrica”. Verifica-se então que ao longo dos anos o parto deixou de ser considerado um evento natural e passou a ser visto como um processo “patológico” que deveria ser realizado em ambiente hospitalar e na presença de um médico.

A vontade da mulher deixou de prevalecer nesse novo modelo assistencial e toda a responsabilidade do parto foi transferida ao profissional da saúde. Como será visto adiante, essa nova concepção acerca do momento de dar à luz se tornou a grande “mola propulsora” para a ocorrência de casos de violência obstétrica, já que a medicalização exagerada resultou no aumento do número de intervenções médicas, que muitas vezes não apresentam embasamento científico.

Dando prosseguimento, o trabalho em questão irá versar sobre a definição de violência obstétrica, relacionando-a com os conceitos de *habitus*, campo e representações oficiais desenvolvidos por Pierre Bourdieu, sem deixar de lado a abordagem de algumas práticas consideradas violentas e de que forma estas podem afetar a saúde da mãe e do seu bebê.

Essa forma de violência se manifesta de maneira silenciosa, tendo em vista que culturalmente o parto é tido como um momento de “dor necessária”. Além disso, muitas mulheres se posicionam de maneira submissa diante de seus médicos por considerarem estes como os verdadeiros detentores de conhecimento, cabendo a elas apenas aceitar o que lhes foi imposto. As parturientes são submetidas a uma série de medidas que visam especialmente garantir a funcionalidade institucional e que impossibilitam as mesmas de reclamarem os seus próprios direitos reprodutivos e sexuais.

Em seguida, o presente trabalho direciona a sua análise para a importância do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos e fundamentais da mulher. Nesse contexto, no plano internacional, pode-se afirmar que os direitos sexuais e reprodutivos foram incluídos no rol de direitos humanos e estão presentes em uma série de Convenções Internacionais, como é o caso da Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e da Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada no ano seguinte em Pequim. Todavia, no âmbito nacional, verifica-se uma necessidade de legitimação desses direitos enquanto direitos fundamentais previstos na Constituição de 1988.

Diante da necessidade de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos na esfera do ordenamento jurídico brasileiro e a consequente ausência de lei específica para tratar sobre a violência obstétrica, o trabalho em comento finaliza a sua análise abordando os principais aspectos do Projeto de Lei nº 7.633/2014 e pondera se de fato o projeto teria os recursos necessários capazes de assegurar com eficácia os direitos fundamentais da mulher grávida. Ressalta-se ainda que apesar da carência de uma legislação própria sobre a questão, a mulher vítima de violência obstétrica possui uma série de prerrogativas no âmbito civil, penal e administrativo, capazes de punir essa prática, por se tratar de uma grave ofensa aos princípios basilares de um Estado Democrático de Direito.

Por fim, realiza-se ainda um comparativo do Brasil com os países latino-americanos, quais sejam: Argentina e Venezuela, que tornaram a violência obstétrica objeto de lei e se preocuparam em resguardar todos os direitos das mulheres, buscando especialmente protegê-las das mais variadas formas de violência.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: origens do tema violência obstétrica

Historicamente, o ato de “dar a luz” é considerado um fenômeno natural. Nas primeiras civilizações as mulheres se isolavam no momento do nascimento de seus filhos, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado, apenas seguindo os seus instintos. A assistência só se originou de fato, quando as próprias mulheres passaram a auxiliar umas às outras e inauguraram com isso um processo de agregação de conhecimento sobre o parto.⁷

Até o final do século XIX, os partos eram quase sempre realizados no domicílio da parturiente ou de algum parente próximo, com a assistência de uma parteira leiga, sendo que a presença do médico só poderia ser solicitada em casos de complicações extremas.⁸ Conforme explica Beatriz Nogueira, essa atuação exclusiva das parteiras se devia principalmente por questões morais, pois aos homens não era permitido estar presentes no momento do parto, em razão do tabu existente à época de que as parturientes não podiam expor seus órgãos genitais.⁹

Segundo Maria Lúcia Mott, dar a luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada apenas em casos de máxima necessidade, especialmente por pessoas tidas como “desclassificadas socialmente”, isto é, apenas mulheres mais pobres, indígenas, prostitutas e mães solteiras recorriam ao atendimento fora de casa em casos de complicações no parto. As instalações desses locais que recebiam as mulheres prestes a dar a luz eram precárias e mães e filhos (as) eram mantidos (as) ao lado de pessoas acometidas de graves infecções, ocasionando mortes frequentes.¹⁰

A partir de 1820, muitas parteiras (dentre as quais se destacam as estrangeiras que emigraram para o Brasil),¹¹ passaram a receber parturientes em suas próprias casas. Tal forma de atendimento evoluiu e com o tempo esses locais passaram a se chamar “Casas de Maternidade”, as quais se destacam a Maternidade de Madame Maguerite e a Maternidade de

⁷ HANAMI. **História do parto**. [2006]. Disponível em: <<http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/>> Acesso em 21 fev. 2017.

⁸ Ibid.

⁹ NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. **Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da Região Sudeste**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-26082016-101211/?&lang=br>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

¹⁰ MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, n. 25, p. 197-219, 2002. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/viewFile/10588/7878>>. Acesso em: 20 fev. 2017. p. 198.

¹¹ BARBOSA, G. M.; PIMENTA, T. S. O ofício de parteira no Rio de Janeiro Imperial. **Revista de História Regional**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 485-510, 2016.

Madame Jeanne Grangent, que funcionaram entre 1874 e 1879, na cidade do Rio de Janeiro.¹² Contudo, não demorou para que o funcionamento das mesmas fosse proibido por lei, em razão de terem sido consideradas suspeitas e desqualificadas por muitos médicos.¹³

Durante a década de 1820, pouco se discutiu acerca da necessidade de criação de estabelecimentos reservados exclusivamente para as mulheres darem a luz. Isso se explica principalmente pela razão da gravidez e do parto não serem considerados eventos médicos, dessa forma, esses assuntos dificilmente eram incluídos nos programas de saúde.¹⁴

Apenas décadas mais tarde, os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto. Segundo Beatriz Nogueira, “a invenção de aparelhos e de técnicas de anestesia e a entrada do médico obstetra na cena do parto foram essenciais para o surgimento do fenômeno denominado ‘industrialização do parto’”.¹⁵ Ressalta-se que o “parto industrializado” diz respeito àquele parto não fisiológico, ou seja, que deve se concretizar por meio de um procedimento cirúrgico.¹⁶ No parto industrializado, a mãe é considerada apenas uma “paciente”.

Conforme afirma Cecil Helman, a medicalização de eventos naturais, fez com que a gravidez fosse transformada em um evento patológico e o parto passasse a ser entendido como um fenômeno cirúrgico e controlado pela vontade humana.¹⁷

De acordo com o Dossiê da Humanização do Parto, o crescente poder da medicina organizada e os significativos avanços nas técnicas cirúrgicas, anestésicas e de assepsia foram determinantes no processo de medicalização da parturição.¹⁸ A principal consequência dessa mudança do modelo assistencial foi a alteração do protagonismo da cena do parto. Ou seja, se antes a mulher possuía um papel de destaque na hora de dar a luz, a institucionalização fez com que o profissional da saúde passasse a ser considerado o verdadeiro protagonista, já que este seria o detentor das informações técnicas supostamente essenciais para esse momento.

¹² BARBOSA; PIMENTA, 2016.

¹³ MOTT, 2002.

¹⁴ HANAMI, [2006].

¹⁵ NOGUEIRA, 2015, p. 28.

¹⁶ MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>> Acesso em: 22 mar. 2017.

¹⁷ HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. Tradução Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009 apud NOGUEIRA, 2015.

¹⁸ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002.

Foi nesse contexto de institucionalização do parto, isto é, da predominância do parto hospitalar¹⁹ e, conseqüente perda da autonomia da parturiente que o ato de dar a luz foi se tornando ainda mais desconhecido e amedrontador para as mulheres. Por mais que pareça claro que a responsável por trazer um bebê ao mundo seja a mãe, a ideia de que é o médico quem "faz o parto" tornou cada vez mais comum os casos de violência obstétrica, pois a intensa medicalização acarretou o aumento no número de intervenções, que muitas vezes não possuem sua necessidade e segurança fundamentadas cientificamente.²⁰

Essa modalidade de violência contra a mulher se caracteriza pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de tratamentos desumanizados, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres.²¹ Na metade do século XXI, a discussão sobre a violência obstétrica foi ganhando destaque diante da sociedade contemporânea.²²

No âmbito internacional, os relatos sobre os atos violentos no momento do parto quebraram o silêncio nos Estados Unidos no final da década de 50, quando a revista *Ladies Home Journal*, voltada especialmente para as donas de casa, publicou a matéria "Crueldade nas Maternidades".²³ Como assevera Simone Diniz:

O texto descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular (twilight sleep, uma combinação de morfina e escopolamina), que produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Os profissionais colocavam algemas e amarras nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e com frequência as mulheres no pós-parto tinham hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos. A matéria relata ainda as lesões decorrentes dos fórceps usados de rotina nos primeiros partos, em mulheres desacordadas.²⁴

¹⁹ NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2017.

²⁰ CORDEIRO, Beatriz Coelho Alves. **Violência obstétrica e autonomia existencial: a proteção da autodeterminação da gestante à luz do direito civil-constitucional**. 2016. Disponível em: <http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2016/relatorios_pdf/ccs/DIR/DIR-Beatriz_Cordeiro.pdf>. Acesso em: 12 maio 2017.

²¹ SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/FOLDER_VIOLENCIA_OBSTETRICA.PDF>. Acesso em: 20 fev. 2017.

²² 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**, v. 25, n. 3, p. 1-8, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

²³ GOER, H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **The Journal of Perinatal Education**, Washington, DC, v. 19, n. 3, p. 33-42, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1624/105812410X514413>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

²⁴ DINIZ et al., op. cit., p. 2.

Na Europa, mais precisamente no Reino Unido, este tema ganhou a atenção da coletividade em 1958, com a criação de uma Sociedade para Prevenção da Crueldade Contra as Grávidas.²⁵ Um dos trechos da carta publicada no jornal *The Guardian* e que solicitava a criação da referida sociedade, afirmava:

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria, desrespeito completo do cuidado mental ou personalidade da mãe. Nossas maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes.²⁶

Na década de 70, em uma época em que o corpo feminino vinha sendo o ponto focal dos movimentos feministas na Europa e nos Estados Unidos,²⁷ surgiu um dos primeiros livros proveniente dessa discussão, o chamado “*Our bodies, Ourselves*”.²⁸ O livro buscava desmistificar a medicina, “equipando as mulheres com os instrumentos necessários para fazer escolhas informadas sobre os cuidados com a saúde”.²⁹

Foram abordados vários temas relacionados à saúde das mulheres, levando em consideração os direitos sociais e de saúde, bem como de decisões a respeito da sexualidade e reprodução³⁰ e possuía um capítulo específico sobre a maternidade, parto, pós-parto e infertilidade, visando principalmente manter uma rede de comunicação entre as próprias mulheres que viviam sob as mais variadas formas de desigualdade social e de gênero.³¹ De acordo com Millie Thayer:

O Coletivo de Boston fez a reivindicação revolucionária de que as próprias mulheres eram a fonte de conhecimento sobre seus corpos, bem como os agentes de mudança, mediante o empowerment individual e um processo coletivo no qual os problemas pessoais eram transformados em questões políticas.³²

Anos mais tarde, já na década de 90, iniciaram-se as discussões acerca da violência obstétrica na América Latina. Em 1998, o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher, publicou no Peru o relatório “*Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud*”. As conclusões do relatório se basearam no exame de casos, testemunhos e entrevistas coletivas que deram conta de existência de violência física,

²⁵ BEECH, B. L.; WILLINGTON, S. **Listen with mother**. Disponível em: <<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol19No2/editorial.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

²⁶ Ibid., não paginado.

²⁷ THAYER, Millie. Feminismos viajantes: da mulher/corpo à cidadania de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 12, p. 203-249, 1999. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634895>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

²⁸ BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. **The New Ourbodies, Ourselves**: a book by and for Women. New York: Touchstone Simon and Schuster, 1996.

²⁹ THAYER, op. cit. p. 205.

³⁰ BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE, op. cit.

³¹ ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

³² THAYER, op. cit., loc. cit.58 7

psicológica e sexual, além de práticas contra o direito sobre a saúde e contra o direito a uma decisão livre e informada acerca da saúde reprodutiva e do planejamento familiar.³³

No Brasil, como explica Simone Diniz o grande precursor na abordagem do tema, foi o livro *Espelho de Vênus*, do Grupo Ceres.³⁴ A obra fez “uma etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma prática violenta”.³⁵

Entretanto, ainda em 1980, um pequeno grupo de feministas de Recife se uniu e instituiu uma organização que visava discutir sobre a saúde da mulher e deu-lhe o nome de SOS Corpo.³⁶ O fundamento da ação desse grupo era principalmente a ideia de que os movimentos de mulheres, assim como todos os movimentos sociais organizados que lutavam pela transformação social, deveriam ser considerados sujeitos políticos que provocavam mudanças nas condições de vida das mulheres em geral.³⁷

A princípio, o objetivo do SOS Corpo era educar as mulheres e ajudá-las a aprimorar os seus conhecimentos que poderiam de alguma forma modificar a relação médico-paciente. Em uma carta escrita em 1980, as fundadoras do grupo explicavam:

Conhecimento de nossos corpos, de nossa sexualidade, de possíveis doenças, de sua cura e prevenção, a fim de diminuir a dependência que tem nos amarrado a médicos e medicinas alopáticas; divulgar esse novo conhecimento... [e], a médio prazo, formar outros grupos do mesmo tipo....³⁸

Apesar da ambição de realizar uma verdadeira reforma nas instituições que interferiam na vida da mulher, as fundadoras do SOS Corpo não estavam orientadas a pressionar o Estado, especialmente porque o país encontrava-se subordinado a um regime militar, marcado pela falta de democracia e supressão de direitos. Segundo, Millie Thayer, aquelas que conceberam a organização estavam unidas em torno da preocupação com a sexualidade e a saúde da mulher.³⁹ É o que explica o folheto “*Corpo de Mulher*”, produzido pelo grupo em 1982:

Mas por que esse silêncio? Por que permanece o corpo da mulher tão desconhecido, tão misterioso, tão proibido para a própria dona deste corpo? Será que nós nunca tivemos a curiosidade de conhecer a nós mesmas? Como é isso possível, se conhecer

³³ COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER; CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLITICAS PÚBLICAS. **Silêncio y complicidad**: violencia contra la Mujer en los servicios públicos de salud en Peru. Lima, 1998.

³⁴ DINIZ et al., 2015. Cf. GRUPO CERES. **Espelho de vênus**: identidade social e sexual da mulher. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.

³⁵ Ibid., 2015, p. 2.

³⁶ THAYER, 2015.

³⁷ SOS CORPO. Instituto Feminista para a Democracia. **Quem somos**. Disponível em: <<http://soscorpo.org/quem-somos/>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

³⁸ THAYER, op. cit., p. 215.

³⁹ THAYER, op. cit.

a si própria é um direito elementar da pessoa humana? Será que esse direito nos foi sempre negado?⁴⁰

O grupo realizou uma série de ações voltadas às mulheres de baixa renda, utilizando peças de teatro como forma de estimular o debate acerca de questões relacionadas à saúde e reprodução da mulher e concedendo oficinas sobre sexualidade, anatomia feminina e o uso de ervas medicinais.⁴¹

Ao longo da década de 80, a violência obstétrica já era discutida também no âmbito das políticas de saúde brasileira. Segundo Correa, as teses feministas sobre as condições de saúde reprodutiva da mulher constituíram um exercício inicial e exemplar de influência dos movimentos sociais sobre as políticas públicas.⁴²

Em 1983, foi iniciado por mulheres de dentro do Ministério da Saúde,⁴³ o chamado Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM),⁴⁴ que reconhecia o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. O programa, segundo Ávila, tratava as mulheres como “cidadãs dotadas de direitos e como um ser integral, onde a história do corpo está ligada à história da vida [...]”⁴⁵

Além disso, foi através do PAISM que o Estado brasileiro incluiu de maneira oficial nas suas ações a discussão do tema “planejamento familiar”. O documento em questão dedicava dois itens relacionados ao assunto, o que gerou uma série de crítica de diversos setores, especialmente das mulheres, que associavam o programa a intenções de controle populacional, isto é, havia suspeita de que o programa seria só uma maneira “disfarçada” utilizada pelo governo para controlar a natalidade da população.⁴⁶

A perspectiva feminista defendia que as decisões da esfera reprodutiva deveriam ser orientadas pelo livre-arbítrio dos indivíduos, principalmente das mulheres, tendo em vista que a reprodução biológica se concretiza através do corpo feminino.⁴⁷ O que elas pretendiam

⁴⁰ THAYER, 2015, p. 213.

⁴¹ Ibid.

⁴² CORREA, Sonia. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 10, n. 1/2, 1993. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_1artigo_3_12.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

⁴³ THAYER, op. cit.

⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

⁴⁵ ÁVILA, Maria Betânia. **PAISM: um programa de saúde para o bem estar de gênero**. Recife: SOS-Corpo, 1995. p. 7.

⁴⁶ OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

⁴⁷ CORREA, op. cit.

com essas reivindicações era que o programa incluísse também o contexto social, psicológico e emocional das mulheres, afastando qualquer possibilidade de ele ser utilizado como forma de controle populacional e principalmente afastando a imagem de “útero gravídico” que estava diretamente ligada às mulheres.⁴⁸

Essas suspeitas foram contestadas pelo Ministério da Saúde e pelos elaboradores do PAISM. De acordo com uma das responsáveis diretas pelo conteúdo do programa, a Dra. Ana Maria Costa:

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surge em 1983, representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo assistencial proposto pelo PAISM, é capaz de atender às necessidades globais da saúde da mulher.⁴⁹

Contudo, mesmo diante de certa insegurança, a implantação do PAISM representou um novo ciclo na saúde da mulher e significou o desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde, que deveriam abordar os cuidados com o corpo numa perspectiva de fortalecimento da autonomia da mulher.⁵⁰

Em que pese a sua grande importância, a implementação efetiva do PAISM em todo o território nacional não aconteceu,⁵¹ já que foi relativamente negligenciado pelo poder público, em razão da resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda do movimento.⁵² A morosidade da implementação efetiva do PAISM em todo o país traduziu a falta de compromisso político em promover um atendimento de boa qualidade à saúde reprodutiva.⁵³

Todavia, segundo Souto, na década de 90, o PAISM ganhou força, embora tenham sido favorecidas as ações no campo da saúde materna, reforçando assim a questão reprodutiva nas práticas realizadas.⁵⁴

A partir de 1993, vários cursos promovidos pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo em parceria com o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, ensejaram a publicação de um manual sobre o tema, dessa forma percebe-se que mesmo com o descaso do poder público, a violência obstétrica esteve muitas vezes presente

⁴⁸ OSIS, 1998.

⁴⁹ COSTA, Ana Maria. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada.** São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992. p. 67.

⁵⁰ SOUTO, Kátia Maria Barreto. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, DF, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

⁵¹ OSIS, op. cit.

⁵² DINIZ et al., 2015.

⁵³ OSIS, op. cit.

⁵⁴ SOUTO, op. cit.

nas iniciativas que visavam atender as mulheres vítimas de violência. O referido manual teve o “intuito de auxiliar o manejo de casos de violência que muitas vezes não são trabalhados por falta de opções assistenciais”.⁵⁵

De acordo com Greice Matos e outros autores, durante a década de 90 se intensificaram as discussões acerca do parto, que estava alicerçado em ações intervencionistas e medicalizadoras.⁵⁶ Nessa época, o Governo Federal lançou uma série de medidas para incentivar o parto normal, dentre as quais se destacam: o aumento da remuneração do parto vaginal e o pagamento de analgesia, isto é, medicamentos que suprimem a dor do parto,⁵⁷ com a finalidade de diminuir as altas taxas de cesarianas e possibilitar a compreensão dos profissionais da saúde sobre a importância da participação ativa da mulher na parturição e especialmente sobre os direitos das mesmas.

Foi nesse contexto que começaram a surgir os primeiros debates relacionados ao “parto humanizado”.⁵⁸ Ressalta-se que o termo “humanização” começou a ser fortemente utilizado após a implantação do Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000 e que tinha como principal objetivo “promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério para o binômio mãe-filho”.⁵⁹

No que diz respeito ao parto humanizado, uma nova filosofia de assistência ao parto foi adotada, em que se privilegia a autonomia e o protagonismo da mulher neste momento tão significativo.⁶⁰

Na assistência humanizada, são evitados os procedimentos desnecessários, como por exemplo, a cesárea eletiva (aquela sem necessidade prévia),⁶¹ e somente são realizadas as intervenções cuja efetividade e segurança tenham sido demonstradas por estudos científicos bem conduzidos. Isso porque a humanização entende a gestação e o parto como eventos fisiológicos perfeitos (onde apenas 15 a 20% das gestantes apresentam adoecimento neste

⁵⁵ COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **Mulheres sem situação de violência**: guia de serviços. 3. ed. São Paulo, 2002. p. 9.

⁵⁶ MATOS, Greice Carvalho et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, p. 870-878, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3347/5741>>. Acesso em: 2 mar. 2017.

⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2000a.

⁵⁸ MATOS, op. cit.

⁵⁹ BRASIL, op. cit., p. 5.

⁶⁰ FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **O que é parto humanizado**. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=8495>> Acesso em: 18 nov. 2016.

⁶¹ AMORIM, Melania. **Cesariana eletiva e aleitamento materno**: revisão sistemática com metanálise. 2012. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/cesariana-eletiva-e-aleitamento-materno.html>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

período necessitando cuidados especiais),⁶² cabendo a obstetrícia apenas acompanhar o processo e não interferir buscando ‘aperfeiçoá-lo’ ou causando traumas muitas vezes irreversíveis.

Importante frisar que, dentre alternativas para diminuir os casos de violência contra a mulher, o Brasil ratificou em 1995 a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção Belém do Pará). A Convenção destaca que a Violência contra a mulher representa grave violação aos direitos humanos e restringe, parcial ou completamente, o exercício dos demais direitos, cabendo aos Estados-membros, como o Brasil, adotarem políticas que protejam os direitos fundamentais da mulher, principalmente, nos momentos de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, o artigo 6º da Convenção dispõe o seguinte: “O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros: a. o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação”.⁶³

Ademais, o país é signatário da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher,⁶⁴ (Convenção Cedaw), de 1979. Desta forma, a incorporação dos tratados internacionais auxilia no combate à discriminação e violência, bem como fortalece os direitos sexuais e reprodutivos.

Nos últimos anos, as reflexões acerca da violência obstétrica no Brasil foram ganhando cada vez mais destaque com a ampliação do interesse acadêmico sobre o assunto e mais recentemente com a divulgação da pesquisa “*Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*”⁶⁵ desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo no ano de 2010.

A pesquisa foi composta de temas como a Percepção de Ser Mulher: Feminismo e Machismo; Divisão Sexual do Trabalho e Tempo Livre; Corpo, Mídia e Sexualidade; Saúde Reprodutiva e Aborto; Violência Doméstica e Democracia, Mulher e Política.⁶⁶ Segundo os autores do livro “*Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*”, de 2004, o objetivo central de um estudo como esse é:

Estimular a ampliação, a adoção e a criação de novas políticas públicas voltadas para as necessidades das mulheres, que contribuam para alterar positivamente suas condições de vida, para superar a desigualdade de gênero e das diferentes formas de

⁶² MAGIONI, Hemmerson. **Uma visão crítica do parto humanizado**. Disponível em: <<http://institutonascerc.com.br/uma-visao-critica-parto-humanizado/>>. Acesso: 18 fev. 2017.

⁶³ CONVENÇÃO Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”. Belém, 1994. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 20 out 2016.

⁶⁴ CONVENÇÃO Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher: Decaw 1979. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

⁶⁵ VENTURI; GODINHO, 2010.

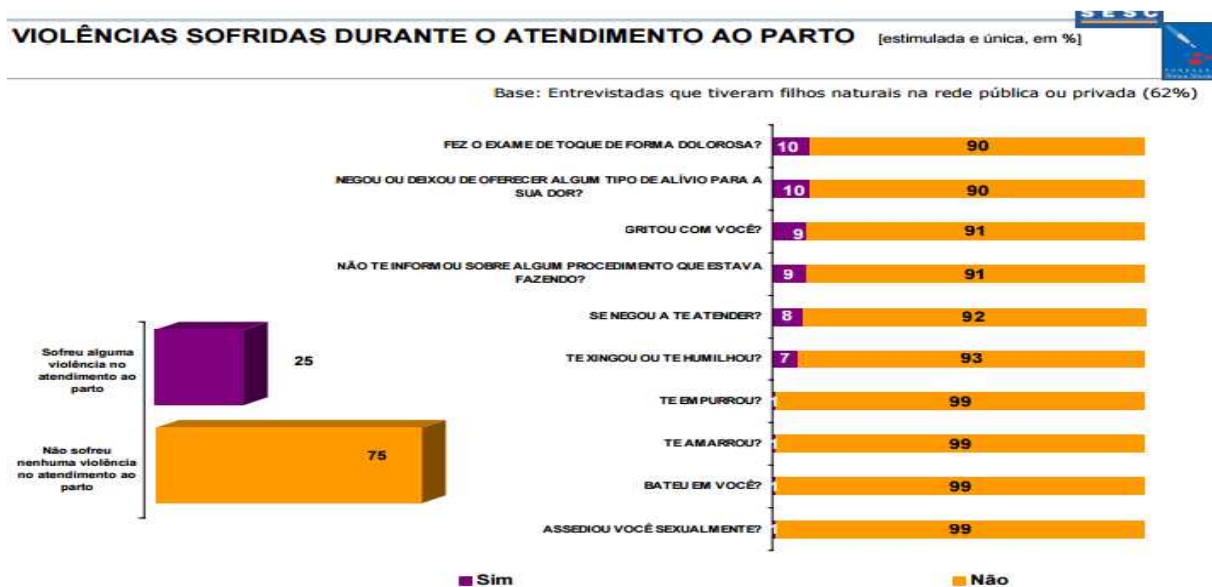
⁶⁶ Ibid.

discriminação das mulheres brasileiras, fortalecendo assim a cidadania de mais da metade da população.⁶⁷

A pesquisa demonstrou que uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência durante o parto no Brasil. Os dados referem-se tanto a hospitais públicos quanto a privados e foram colhidos em 25 hospitais de 176 municípios espalhados pelo país.⁶⁸ Para Simone Diniz o estudo “contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema violência obstétrica, despertando surpreendentemente o interesse da grande mídia”.⁶⁹

A referida pesquisa mostrou que ao menos 25% das mulheres também reclamaram de terem sofrido algum tipo de violência durante o atendimento. As queixas mais comuns abrangem exame de toque de forma dolorosa (10%); negativas ou não oferecimento de algum tipo de alívio para a dor (10%); não receberam informações sobre algum procedimento (9%); e maus tratos que envolvem xingamentos, humilhação e atendimento negado (24%).⁷⁰ Conforme demonstram as figuras 1 e 2:

Figuras 1 - Número de entrevistadas (%) que afirmam terem sofrido algum tipo de violência no momento do parto. Brasil. 2010



P41. Vou falar algumas coisas que podem acontecer no atendimento ao parto e gostaria que você dissesse se aconteceram ou não com você. Na hora do parto, algum profissional no serviço de assistência.

Fonte: Gustavo Venturi e Tatau Godinho⁷¹

⁶⁷ OLIVEIRA, Suely de; RECAMÁN, Marisol; VENTURA, Gustavo. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 14.

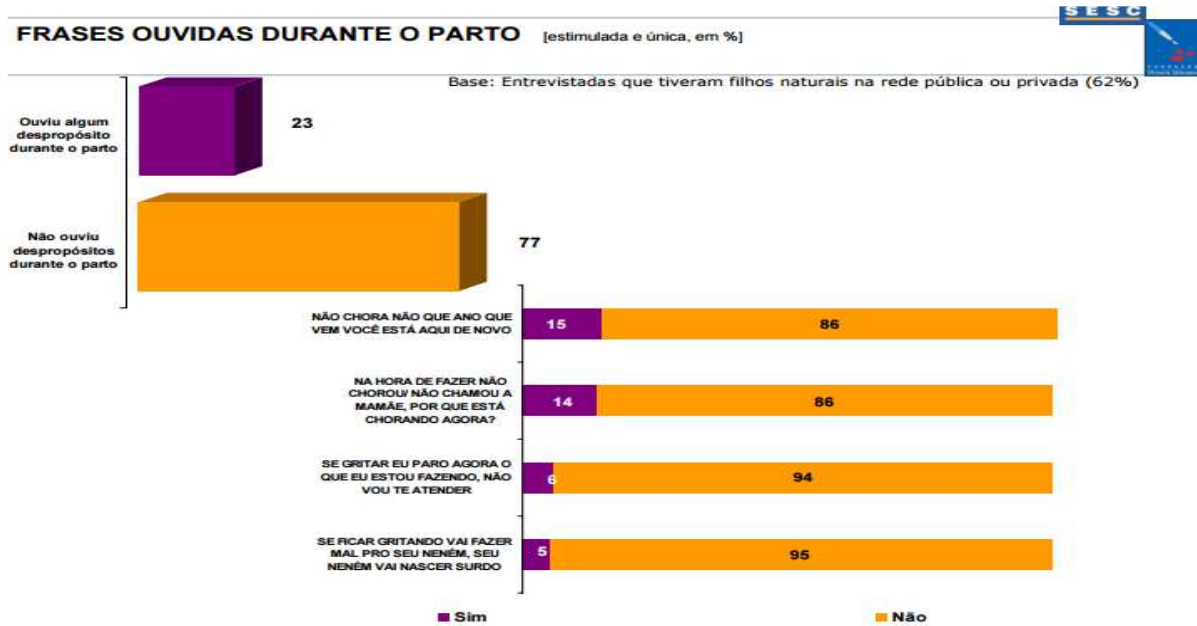
⁶⁸ VENTURI; GODINHO, 2010.

⁶⁹ DINIZ et al., 2015, p. 3.

⁷⁰ VENTURI; GODINHO, op. cit.

⁷¹ Ibid.

Tabela 2 - Frases (%) mais ouvidas no momento do parto. Brasil. 2010



P42. Na hora do parto, algum profissional no serviço de assistência disse pra você algo parecido com:
 Fonte: Gustavo Venturi e Tatau Godinho⁷²

Em 2011, foi criada pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha,⁷³ com o objetivo de incentivar o parto normal humanizado e intensificar a assistência integral à saúde de mulheres e crianças usuárias do Sistema Único de Saúde, desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, até o segundo ano de vida do filho. Segundo dados do próprio Ministério da Saúde, até 2014, o programa esteve presente em mais de cinco mil municípios brasileiros e atendeu cerca de 2,6 milhões de gestantes.⁷⁴

Em que pese a existência de programas instituídos pelo Poder Executivo a respeito do funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, tendo como principal exemplo, o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a mercantilização da saúde, a falta de preparo dos profissionais e a falta de informação da mulher fazem com que a prática da violência obstétrica continue sendo frequente e silenciosa, se tornando cada vez mais uma questão social complexa.

⁷² VENTURI; GODINHO, 2010.

⁷³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

⁷⁴ PORTAL BRASIL. **Rede Cegonha beneficia mais de 2 milhões de gestantes**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/rede-cegonha-beneficia-mais-de-2-milhoes-de-gestantes>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

Dessa forma, verifica-se que durante um longo período, o Brasil manteve uma postura omissa quanto ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. O parto violento não deve ser considerado aceitável, toda mulher tem direito a um atendimento digno, respeitoso, humanizado e com práticas embasadas em evidências. Contudo, verifica-se que essa realidade vem se modificando com o passar dos anos, principalmente em razão da união das mulheres na luta pela garantia de seus direitos e na reivindicação e busca de uma participação efetiva nas políticas públicas que visam enfrentar esse tipo de violência.

O Brasil, apesar de possuir a Lei Maria da Penha visando coibir a violência praticada contra a mulher, não possui uma lei específica que trata sobre a violência obstétrica. Entretanto, está em trâmite no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 7.633/2014, de autoria do deputado Jean Wyllys (Partido Socialismo e Liberdade – Rio de Janeiro (PSOL-RJ)), e que dispõe sobre as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério e a erradicação da violência obstétrica.⁷⁵

A proposta agrega assistência humanizada a procedimentos que exigem a mínima interferência da equipe médica, primando pela utilização de métodos não invasivos além do emprego de medicamentos e cirurgias somente quando estritamente necessário.

⁷⁵ WYLLYS, 2014.

3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nesse panorama, faz-se necessário uma análise acerca do conceito do termo violência obstétrica, levando-se em consideração a discussão sobre campo, *habitus* e representações oficiais desenvolvida por Pierre Bourdieu. O presente capítulo conduzirá um estudo acerca da definição dessa modalidade de violência, buscando demonstrar o motivo de tal prática ainda se caracterizar de maneira silenciosa e institucional.

Desta maneira, com o intuito de exemplificar as formas de manifestação da violência obstétrica, serão abordadas também as principais práticas consideradas violentas de que formas estas podem afetar o desenvolvimento da saúde mental e física da mulher parturiente e de seu bebê.

3.1 Conceito

Dentre as diversas ocorrências de violência contra a mulher, encontra-se a chamada violência obstétrica, que nada mais é, do que aquela praticada pelo profissional de saúde contra a mulher durante a gravidez, parto, pós-parto ou atendimento ao abortamento⁷⁶. Em outras palavras, define-se esse tipo de prática como qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Nos termos da Organização Mundial da Saúde (OMS):

No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança.

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e

⁷⁶ DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013.

seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.⁷⁷

Na esfera internacional, a Lei argentina nº 26.485/2009, em seu artigo 6º, estabelece a definição de violência obstétrica como: “aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais”.⁷⁸ Ressalta-se que alguns países da América Latina tipificam o crime de violência obstétrica, como é o caso da Argentina, através da referida Lei nº 2.485/2009 e da Venezuela, por meio da “*Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de 19.03.2007*”.⁷⁹

Nessa linha de pensamento, o Dossiê “*Parirás com dor*” elaborado pela Rede Parto do Princípio define que os atos caracterizadores da violência obstétrica como sendo:

[...] todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis.⁸⁰

Diante da vulnerabilidade técnica gerada pela falta de informação baseada em evidências médicas, muitas vezes a parturiente acaba se submetendo a uma relação de poder frente ao diálogo com o seu médico e acaba se inibindo de qualquer questionamento quanto à decisão do profissional, principalmente quando existe alguma diferença econômica e cultural.

É nesse contexto de “naturalização” dos procedimentos considerados violentos e desnecessários, que se reforça o conceito de “violência simbólica”, desenvolvido por Pierre Bourdieu,⁸¹ isto é, aquela que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também, frequentemente, daqueles que a exercem na medida em que uns e outros são inconscientes de a exercer ou a sofrer.

Pierre Bourdieu explica as produções simbólicas relacionando-as com os interesses das classes dominantes, tendo em vista que tais produções asseguram uma integração e comunicação entre os membros dessas classes e ao mesmo tempo os distingue de

⁷⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016. p. 1.

⁷⁸ ARGENTINA. Lei nº 26.485, de 1º abril de 2009. *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2017.

⁷⁹ VENEZUELA, 2007.

⁸⁰ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica: “parirás com dor”**. [S.l.], 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2016. p. 60.

⁸¹ BOURDIEU, 1989.

outras classes. A abordagem do autor se conduz por uma concepção relacional e sistemática, na qual se discute o conceito de “*habitus*”, “campo” e “representações oficiais”.⁸²

O *habitus* diz respeito às disposições incorporadas pelos sujeitos sociais ao longo de seu processo de socialização e “constitui-se em um conhecimento adquirido e uma prática incorporada no agente em ação”.⁸³

Sendo assim, considera-se *habitus* médico o conjunto de predisposições, isto é, tendências e inclinações, adquiridas pelos prestadores de serviço do campo médico através de sua formação acadêmica e que se recriam cotidianamente através de suas práticas profissionais. Tais práticas muitas vezes acabam se substancializando no autoritarismo dos profissionais da saúde e resultando na violação direta dos direitos humanos e fundamentais das mulheres no momento do parto.

O autor afirma que construir um objeto científico é, acima de tudo, romper com o senso comum, ou seja, com as representações partilhadas por todos, lugares comuns, representações oficiais que estão presentes nas instituições, nas organizações e na mente das pessoas. Trazendo a discussão para o âmbito do presente trabalho, entende-se que o *habitus* médico muitas vezes se materializa através de condutas repressivas que são aceitas como lógicas, naturais e “profissionais” e para analisar os motivos que resultam na prática da violência obstétrica é necessário afastar a ideia de razoabilidade e senso comum.⁸⁴

Segundo Janaína Aguiar e Ana Flávia D’Oliveira no contexto da assistência em maternidades, a paciente é duplamente objetificada: seu corpo é tomado como objeto de controle e domínio da medicina e como meio para se chegar a um fim – o bebê. Essa ‘objetificação’ traz em si aspectos ligados a uma ideologia de gênero, de dominação do corpo feminino como objeto da medicina enquanto “corpo reprodutor”.⁸⁵ As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento.

Michel Foucault discorre acerca do problema da medicina moderna em se apoiar na racionalidade anátomo-clínica para conhecer uma determinada verdade sobre um fato patológico, abstraindo dessa forma a figura da pessoa doente. O filósofo aponta que a prática clínica vai muito além de questões anatômicas e patológicas e afirma:

⁸² Ibid.

⁸³ Ibid., p. 61.

⁸⁴ BOURDIEU, 1989, p. 61.

⁸⁵ AGUIAR, Janaina Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo.⁸⁶

Partindo desse pressuposto, segundo a conceituação de Pierre Bourdieu, um campo pode ser compreendido como um espaço estruturado de posições onde os agentes estão em concorrência pelos seus lucros específicos seguindo regras igualmente específicas.⁸⁷

O campo médico abarca o conjunto de instituições e atores da saúde que se encontram em diferentes posições e que mantem entre si uma relação de força disposta a conservar, adquirir ou transformar, mediante leis e regulamentos, a questão sanitária da sociedade.

Pode-se afirmar que este campo médico apresenta um paradoxo crucial: por um lado as instituições públicas de saúde são consideradas espaços dedicados ao exercício dos direitos sociais de cada indivíduo, por outro, o funcionamento desses hospitais e serviços está pautado em uma lógica-administrativa altamente racional e muitas vezes pouco humanizada. Trazendo a discussão para o âmbito da violência obstétrica praticada em hospitais e clínicas, frisa-se que, desde o ingresso da mulher em trabalho de parto ou da mulher que busca acesso aos métodos contraceptivos, se realizam uma série de práticas que tendem a garantir a funcionalidade institucional, resultando muitas vezes na impossibilidade dessas mulheres de reclamarem seus próprios direitos reprodutivos.

A violência obstétrica normalmente se dá de forma silenciosa, a dificuldade em compreender a sua existência está relacionada à cultura de associar o parto a um momento de dor. De acordo com o Dossiê “*Parirás com Dor*” são atos caracterizadores da violência obstétrica “aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”.⁸⁸

3.2 Práticas consideradas violentas

Em que pese a importância do tema abordado, o contexto do presente trabalho não permite que todas as formas de violência obstétrica sejam especificadas, razão pela qual ficará limitado ao estudo de algumas práticas de caráter institucional, físico, sexual e psicológico.

⁸⁶ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 37.

⁸⁷ BOURDIEU, op. cit.

⁸⁸ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60.

A violência de caráter institucional se caracteriza pelas várias formas de submissão das mulheres diante dos profissionais da saúde. É perpetrada pelos próprios agentes que deveriam “proteger as mulheres vítimas de violência, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos”.⁸⁹

Os procedimentos de caráter físico se manifestam diretamente no corpo da mulher e não possuem embasamento científico, isto é, são desnecessários e sem comprovação clínica, podendo causar muitas vezes danos irreparáveis, como é o caso da Manobra de Kristeller e da cesárea eletiva.⁹⁰

Os atos de caráter sexual são assim classificados por violar a intimidade e o pudor da mulher, se tornando uma verdadeira agressão à sua sexualidade.⁹¹ Dentre todos os procedimentos, a episiotomia merece destaque por se tratar de um processo agressivo que na maioria das vezes não traz benefícios para mãe e nem para o bebê.⁹²

E finalmente, ressalta-se os procedimentos de caráter psicológico, que são aqueles que causam na mulher “sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”.⁹³

3.2.1 Violência institucional

Segundo Ana Rodbard, a violência institucional se manifesta na atuação do profissional da saúde dentro da instituição de atendimento, relacionando-a com as condições físicas, organizacionais e de recursos do lugar.⁹⁴ Nesse contexto, entende-se que esse tipo de violência engloba tanto a questão da falta de acesso à saúde, quanto a má qualidade dos serviços, levando em consideração até mesmo os abusos sofridos em razão da desigualdade entre profissionais da saúde e usuários do serviço.⁹⁵

⁸⁹ BOTTI, Maria Luciana. **Violência Institucional e a assistência às mulheres no parto**. 2013. Disponível em: <<http://sites.unicentro.br/wp/lhag/files/2013/10/Maria-Luciana-Botti.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2017. p. 3.

⁹⁰ ARSIE, Jaqueline Gonçalves. **Violência obstétrica: uma violação aos direitos fundamentais da mulher**. 2015. 95 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

⁹¹ ARSIE, 2015.

⁹² BOTTI, 2013.

⁹³ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60.

⁹⁴ RODBARD, Ana Cristine. **A violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro**. 2015. 43 f. Projeto de Pesquisa (Graduação) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2015. disponível em: <<http://tcconline.utp.br/media/tcc/2016/02/a-violencia-obstetrica-no-ordenamento-juridico-brasileiro.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

⁹⁵ BOTTI, op. cit.

A violência institucional pode se apresentar de diversas maneiras, dentre as quais se destacam: as peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento, as longas esperas, maus tratos de profissionais para com usuários, frieza, rispidez, intimidação, falta de atenção, negligência, falta de insumos e violação dos direitos reprodutivos constituindo condutas que remetem à discriminação.⁹⁶

Dessa forma, segundo Maria Botti, a violência institucional é relacionada com a violência de gênero, pois “para as mulheres no ciclo-gravídico ações de violência podem relacionar-se à condição feminina exposta pela gravidez e as relações de poder tornam-se mais significativas nessa fase”.⁹⁷ Essa prática pode acarretar danos físicos e psicológicos à mulher, bem como trazer graves consequências para a sua saúde sexual e reprodutiva.⁹⁸

3.2.2 Episiotomia

A episiotomia consiste na incisão do períneo, grupo de músculos que vai da vagina ao ânus, como forma de ampliar o canal de parto e acelerar a saída do bebê.⁹⁹ É um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados na obstetrícia¹⁰⁰ e segundo o Dossiê “*Parirás com Dor*”, “afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda tem ligações importantes com o clitóris”.¹⁰¹

Esse procedimento foi historicamente introduzido no século XVIII pelo obstetra irlandês Fielding Ould e recomendada para auxiliar o médico em partos difíceis. A episiotomia não ganhou popularidade no início, em razão da falta de disponibilidade de anestesia e das altas taxas de infecções, contudo a partir do século XX ganhou força e passou a ser realizada rotineiramente, principalmente porque foi nessa época que o parto passou a ser considerado um evento médico, não natural ou fisiológico.¹⁰²

⁹⁶ SOUZA, Karina Junqueira. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiradeSouza.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

⁹⁷ BOTTI, op. cit., p. 3.

⁹⁸ SOUZA, 2014.

⁹⁹ STRINGUETO, Katia. **Mudança de hábito**. Disponível em: <<https://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia1.html>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

¹⁰⁰ AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 47-54, jan. 2008.

¹⁰¹ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80.

¹⁰² CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 265-270, maio 2010.

Segundo Cynthia Carvalho, Alex Souza e Olímpio Moraes Filho, a principal justificativa para o uso rotineiro da episiotomia compreende a prevenção do trauma perinal,¹⁰³ danos no assoalho pélvico (estrutura formada por 13 músculos, fâscias e ligamentos que formam uma rede de sustentação e está localizado entre o osso púbis e o cóccix),¹⁰⁴ incontinência urinária, disfunção sexual e prevenção da morbidade e mortalidade infantil. Esse pressuposto foi aceito como uma verdade incontestável e foi somado à crença de que a realização desse procedimento diminuía o período expulsivo do bebê, o que permitia aos médicos atender uma grande demanda de partos hospitalares.¹⁰⁵

Por muitos anos, a prática foi transmitida pelas principais escolas médicas, entretanto, foi introduzida sem muita evidência científica sobre a sua importância, isto é, sem base em ensaios médicos para apurar a sua eficácia.¹⁰⁶ Ao contrário do que se imaginava, estudos, dentre os quais destaca-se a importante revisão de Thacker e Banta, publicada em 1983, comprovaram que a realização desse procedimento aumenta o risco de trauma, infecções, hematomas e dor, além de maior tendência à incontinência urinária entre as parturientes que passaram pela cirurgia.¹⁰⁷

Na Argentina, em 1993, foi realizado o primeiro ensaio clínico randomizado,¹⁰⁸ no qual se comparava a episiotomia seletiva, utilizada apenas quando necessário, e a episiotomia rotineira. De acordo com o estudo, a prática da episiotomia rotineira deveria ser abandonada por não apresentar os benefícios que lhe foram atribuídos.

Na América Latina, o Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) coordenou um estudo em 122 hospitais de 16 países, entre eles o Brasil, analisando 94.472 partos vaginais espontâneos em primíparas (mulheres que estão dando a luz pela primeira vez) entre os anos de 1995 a 1998, e foi constatada uma taxa de 92,3% de episiotomia, considerada inaceitável pelos pesquisadores.¹⁰⁹

Segundo o Dossiê “*Parirás com Dor*”, a episiotomia: “[...] afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ CENTRAL DA FISIOTERAPIA. **Você sabe o que é assoalho pélvico?** Disponível em: <<http://www.centraldafisioterapia.com.br/dicas-de-saude/voce-sabe-o-que-e-assoalho-pelvico>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

¹⁰⁵ AMORIM; KATZ, 2008.

¹⁰⁶ CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010.

¹⁰⁷ AMORIM; KATZ, 2008.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, op. cit.

sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda tem ligações importantes com o clitóris”.¹¹⁰

A OMS, em 1996, publicou um manual de assistência ao parto,¹¹¹ em que aconselhava a realização de episiotomia em situações como sofrimento fetal, progresso insuficiente do parto e lesão iminente de 3º grau do períneo, isto é, lesão trauma no esfíncter anal,¹¹² entretanto essas situações não foram bem definidas. Ademais, a OMS restringiu o uso da técnica para que as taxas não ultrapassem os 10%, levando em consideração um estudo¹¹³ realizado na Inglaterra, em 1984, em que 10% das parturientes se submetiam à episiotomia sem o prejuízo materno ou fetal.

Infelizmente, no Brasil, a episiotomia é um dos únicos procedimentos cirúrgicos realizados sem o consentimento da paciente e sem que seja informado sobre o exato motivo de sua necessidade e sobre seus riscos.¹¹⁴ No país a situação é crítica, tendo em vista que essa cirurgia é realizada em aproximadamente 53,2% dos partos vaginais, de acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil”, divulgada em 2014.¹¹⁵

Esses números se explicam principalmente pela relação de confiança entre a paciente e o profissional da saúde, em um momento de vulnerabilidade em que não é possível se defender. Segundo Simone Diniz e Alessandra Chacham:

As mulheres aceitam a episiotomia de rotina no Brasil porque a maioria acredita que ela seja necessária, do ponto de vista médico, para proteger sua saúde e a do bebê. Como a episiotomia é uma decisão do médico, as mulheres presumem que este está fazendo a coisa mais correta. Se a mulher acreditar que terá problemas sexuais e uma vagina flácida depois do parto normal, e que a episiotomia é solução para isto, ela concorda.¹¹⁶

Importante ressaltar que quando a mulher dá a luz, pode permanecer com o períneo (região que constitui a base do púbis) intacto. Contudo, quando algum tipo de trauma perineal ocorre, ele pode ser classificado em quatro graus. De acordo com Cynthia Carvalho, Alex Souza e Olímpio Moraes Filho, o dano de primeiro grau é aquele que atinge apenas pele e mucosa, o de segundo grau é quando afeta músculos e fascia do períneo, de terceiro grau

¹¹⁰ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80.

¹¹¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.

¹¹² CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, op. cit.

¹¹³ ZANETTI, M. R. D. et al. Episiotomia: revendo conceitos. **Fimina**, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

¹¹⁴ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012.

¹¹⁵ NASCER NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre o parto e o nascimento**. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

¹¹⁶ DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, A.S. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprodutiva**, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

quando afeta o esfíncter anal e por fim o dano de quarto grau que ocorre quando a mucosa retal é lesada.¹¹⁷

Segundo o Dossiê “*Parirás com Dor*”, a episiotomia por si só constitui pelo menos uma laceração de segundo grau.¹¹⁸ Miriam Zanetti afirma que traumas de primeiro grau podem trazer menos malefícios à função do assoalho pélvico do que a episiotomia.¹¹⁹

Após uma lesão muscular causada pela prática desse procedimento cirúrgico, pode haver uma regeneração tecidual, isto é, substituição do tecido morto por outro idêntico, ou pode haver a fibrose, aumento das fibras em um tecido. Nesse segundo caso, a função da musculatura do assoalho pélvico pode ficar prejudicada.¹²⁰ Além disso, estudos mostram que mulheres que passaram pela episiotomia de rotina tem mais chances de adquirir infecções, se comparado com o risco de mulheres que não se submeteram a essa cirurgia ou tiveram laceração espontânea.

No Brasil tem-se ainda o agravante do chamado “ponto do marido”. O Dossiê “*Parirás com Dor*” conceitua: “durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado, que tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para “preservar” o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto”.¹²¹ No linguajar médico, significa um ponto que é dado durante a episiorrafia (costura da episiotomia) para 'apertar' a abertura da vagina um pouco mais do que estava antes de fazer o corte.¹²² Essa prática é frequentemente associada a dores na relação sexual e até mesmo à impossibilidade de penetração, sendo muitas vezes necessária uma correção cirúrgica.¹²³

Por essas questões de saúde e de violência sexual é que a episiotomia de rotina é considerada uma forma de violência obstétrica de caráter físico, sexual e psicológico. Seu uso deveria se limitar apenas aos casos de necessidade, isto é, situações clínicas específicas, que se diferenciam de uma parturiente para outra e dependem de uma minuciosa avaliação.

Segundo Simone Diniz e Alessandra Chacham:

Os médicos não fazem a episiotomia de rotina por serem indiferentes ao sofrimento feminino, ou por ignorarem as evidências científicas. Trata-se de uma questão de crenças. Se eles acreditam que a vulva e vagina são passivas, fica difícil compreender que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se

¹¹⁷ CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010.

¹¹⁸ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, op. cit.

¹¹⁹ ZANETTI, op. cit.

¹²⁰ ZANETTI, 2009.

¹²¹ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 85.

¹²² MENDES, Valeria. **Grávidas precisam se informar para evitar episiotomia e ponto do marido**. 2014. Disponível em: <<http://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/08/21/noticias-saude,191785/gravidas-precisam-se-informar-para-evitar-episiotomia-desnecessaria-e.shtml>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

¹²³ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, op. cit.

contrair. Assim, através da episiotomia, os médicos desconstroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas crenças culturais.¹²⁴

Desta maneira, percebe-se que a mudança de paradigma é algo bastante complicado, entretanto essencial no cenário de humanização da assistência ao parto e da prática médica de qualidade, baseada em evidências. Uma cirurgia desse porte, quando realizada sem indicação, se caracteriza como uma verdadeira mutilação genital feminina, ocasionando traumas à saúde da mulher.¹²⁵

3.2.3 Aceleração do parto (Manobra de Kristeller)

A manobra de Kristeller é uma prática obstétrica que consiste na aplicação de força na parte superior do útero em direção ao canal de parto, para encurtar o trabalho de parto¹²⁶. Em outras palavras, afirma-se que essa manobra se caracteriza na pressão aplicada na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê.

Essa manobra foi desenvolvida pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller que em 1867 publicou um estudo sobre a assistência manual de empurrar o bebê,¹²⁷ com a intenção de massagear o fundo do útero para estimular as contrações e concomitantemente empurrar o bebê para o canal de parto.

Segundo Vanessa Carvalho, a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto (conhecido como período de expulsão), mas leva ao aumento de taxas de episiotomia e lacerações perineais severas.¹²⁸ Além disso, pode causar também aumento da dor perineal após o parto; dispareunia (dor durante a relação sexual); fratura das costelas; traumatismos e lesões graves no bebê.¹²⁹

Tanto o Ministério da Saúde, quanto a Organização Mundial da Saúde desencorajam a prática da manobra de Kristeller. A OMS, em seu guia de “Boas Práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, em 1996, classifica a manobra como uma das práticas sem

¹²⁴ DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 86.

¹²⁵ AMORIM; KATZ, 2008.

¹²⁶ TUA SAÚDE. **Entenda os riscos da manobra de Kristeller durante o parto.** Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/manobra-de-kristeller/>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

¹²⁷ MÃE SAUDÁVEL. **Manobra de Kristeller: como esse procedimento pode prejudicar a mãe e o bebê.** Disponível em: <<http://www.maesaudavel.com.br/colunistas/priscilla/manobra-de-kristeller-como-esse-procedimento-pode-prejudicar-a-mae-e-o-bebe/>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

¹²⁸ CARVALHO, Vanessa Franco de et. al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 572-581, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200572>. Acesso em: 28 maio 2017.

¹²⁹ GUIA INFANTIL. **Manobra de Kristeller no parto: riscos.** Disponível em: <<https://br.guiainfantil.com/materias/parto/manobra-de-kristeller-no-parto-riscos>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.¹³⁰ O Ministério da Saúde, por meio da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal afirma o seguinte:

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.¹³¹

Dessa forma, percebe-se que essa intervenção é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma psicológico que se estenderá para o resto de sua vida. Os contrários à manobra de Kristeller defendem que existem outros tipos de intervenções menos perigosas para a mulher e que também ajudam na expulsão do bebê. O Dossiê “*Parirás com dor*” sugere que:

A mulher deveria ser incentivada a adotar posições diferentes durante o trabalho de parto e fase final do parto, de modo a sentir-se mais confortável e a facilitar o nascimento. Posições verticalizadas, por exemplo, favorecem a descida do bebê, por contarem com a ajuda da gravidade. Assim, seria mais racional, mais ético e mais respeitoso permitir que a mulher posicione-se de modo mais confortável para ela, em vez de realizar procedimentos comprovadamente prejudiciais à saúde da mulher e da criança.¹³²

O parto deve ser considerado um momento de amor, alegria e satisfação na vida de uma mulher, a prática da manobra de Kristeller vai contra esses ideais, caracterizando-se como uma das diversas formas de violência obstétrica, de cunho psicológico e físico e que precisa ser combatida.

3.2.4 Cesáreas indesejadas e desnecessárias, por conveniência do médico ou por coação

A cesárea é uma forma de parto feita através de cirurgia que consiste essencialmente em um corte no abdômen e outro no útero, que abrem um espaço pelo qual o médico puxa o bebê e, geralmente, é indicada quando existe dificuldade, impossibilidade ou grande risco de vida para a mãe ou para o feto de realizar o parto por via vaginal.¹³³

¹³⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996.

¹³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**: relatório de recomendação. Brasília, DF, 2016. p. 240.

¹³² REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 105.

¹³³ PINHEIRO, Pedro. **Parto por cesariana**: vantagens e riscos. 2013. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2013/10/parto-cesariana.html>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

Dados e informações constantes do dossiê elaborado em 2012 pela “Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres”,¹³⁴ alertam que o Brasil lidera o *ranking* mundial de cesárias e propõe a redução dessas taxas para que o país se adeque às recomendações da Organização Mundial da Saúde, que estabelece que até 15% de todos os partos podem ser realizados por procedimento operatório (cesárea).¹³⁵

Inicialmente, esses números se justificam pela lógica de mercantilização da saúde, pois há de fato uma questão de conveniência para os hospitais e planos de saúde. Enquanto uma cesariana pode ser realizada em questão de minutos, com procedimentos relativamente simples, um único trabalho de parto fisiológico pode ocupar uma sala de parto por todo um período de plantão, por exemplo, além de exigir dedicação praticamente exclusiva do médico. Dessa forma, muitos profissionais da saúde acabam interferindo na vontade da parturiente e se tornando os grandes protagonistas do parto, deixando todo o processo ainda mais desumanizado.

De acordo com o Dossiê “*Parirás com Dor*, são comuns os relatos de mulheres que utilizam o setor suplementar (saúde privada) e que pretendiam ter um parto normal, chegarem ao fim da gestação e ouvirem dos seus médicos que estes não poderiam prestar assistência ao parto normal ou não poderiam aguardar o início do trabalho de parto, isto é, a fase de maturação do bebê, utilizando como justificativa a quantidade insuficiente de vagas no hospital.¹³⁶

Além disso, a maneira como se pratica a assistência obstétrica no Brasil também contribui para esta situação. O cuidado pré-natal, em geral, não prepara a mulher grávida psicologicamente para o parto. O maior medo da mulher em relação ao parto fisiológico é o de que a dor seja insuportável e de que ela fique sozinha nesse momento, essas inseguranças são mais estimuladas do que prevenidas no pré-natal que ela recebe e no contexto social em que ela passa a sua gravidez.¹³⁷

Ressalta-se que, além do medo da dor, da violência obstétrica e da possibilidade de o genitor não poder estar presente no momento do parto, a Agência Nacional de Saúde

¹³⁴ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, op. cit.

¹³⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015a. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 set. 2016.

¹³⁶ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012.

¹³⁷ FAÚNDES, Anibal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003>. Acesso em: 23 mar. 2017.

Suplementar (ANS) estabelece que o alto índice de cesáreas é motivado por fatores econômicos e culturais, como mitos de que o bebê vai sofrer ou a parturiente vai perder muito sangue.¹³⁸ Estas ideias contradizem os dados do Ministério da Saúde, que mostram que as mulheres submetidas à cesariana têm 3,5 vezes mais probabilidade de morrer e cinco vezes mais chances de ter infecção no aparelho genital depois do parto.¹³⁹ Além disso, a prática de agendamento do parto aumenta o risco de nascerem bebês prematuros.

A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Do ponto de vista médico, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for realmente necessária.

Sendo assim, o Brasil se torna cada vez mais distante de alcançar os 4º e 5º Objetivos do Milênio: reduzir a mortalidade na infância e melhorar a saúde materna. Atualmente, se estima que tenhamos em torno de 50 a 60 mortes maternas por 100 mil nascituros, enquanto o ideal é apenas de 10 a 20 mortes maternas por 100 mil nascituros.¹⁴⁰ Assim, diante desse preocupante índice, verifica-se que nos casos em que a cesárea é realizada sem indicação médica, as vantagens da cirurgia, isto é, se programar para a chegada do bebê ou diminuir o estresse materno durante o parto, não superam os riscos de submeter a parturiente a um procedimento cirúrgico.

As maternidades são instituições que possuem forte poder sobre a vida da mãe e do bebê. A mulher dispõe apenas da função de “colaborar” com o profissional da saúde, que está ali respeitando uma série de protocolos. Dessa maneira, se seguem uma série de intervenções na maioria das vezes desnecessárias que acabam resultando em violência obstétrica e ferindo a subjetividade materna.¹⁴¹

A mulher tem todo o direito e garantia de escolher a via de parto, contudo cabe ao médico esclarecer todas as vantagens do parto normal antes de concordar com a realização de uma cesárea sem necessidade médica. Todas as inseguranças da mulher relativas ao parto

¹³⁸ AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estímulo ao parto normal**: organizações da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, 2015.

¹³⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001.

¹⁴⁰ INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA APLICADA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF, 2014.

¹⁴¹ ZASCIURINSKI, Juliana Miranda. **Violência obstétrica**: uma contribuição para o debate acerca do emponderamento feminino. 2015. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf> Acesso em: 14 abr. 2017.

fisiológico podem ser facilmente ser contornadas com orientação médica adequada e esclarecimento dos riscos e vantagens do parto por cesariana.

3.2.5 Restrição ao direito a um acompanhante (Lei nº 11.108/2005 – garante à parturiente o direito a um acompanhamento)

O parto é considerado um momento muito significativo para muitas mulheres, desse modo, é importante que alguém de seu círculo social esteja ao seu lado, dando segurança e apoio e inibindo qualquer possibilidade de violência obstétrica.

Nesse contexto, em 07 de abril de 2005, foi promulgada a Lei Federal nº 11.108, que determina que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto.¹⁴² A referida lei altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que a partir de agora dispõe:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
 § 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.¹⁴³

Salienta-se que, para efeito da Lei Federal nº 11.108/2005, a Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 02 de dezembro de 2005 estabeleceu que pós-parto imediato é o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.¹⁴⁴

Como já mencionado, o acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a) ou outra pessoa de sua escolha. Caso prefira, a parturiente pode optar também por não ter acompanhante. Não se trata de uma regalia, é importante ressaltar que uma pessoa de confiança da mulher pode trazer muito mais tranquilidade no momento do parto.

¹⁴² 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 2 mar. 2017.

¹⁴³ Ib. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 2 mar. 2017.

¹⁴⁴ Ib. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html> Acesso em: 20 abr. 2017.

De acordo com a cartilha “*Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem. Seja um pai, esteja presente*”, do Ministério da Saúde, ao participar de um parto, o acompanhante pode ajudar a garantir um melhor atendimento para a gestante,¹⁴⁵ estimular o parto normal, diminuir a duração do parto, diminuir o medo, a tensão, aliviar a dor e diminuir a ocorrência de depressão pós-parto, considerando que cerca de 25% das mulheres sofrem desse distúrbio.¹⁴⁶

Em relação aos atendimentos realizados no setor privado, a ANS incluiu a cobertura do acompanhante ao rol de procedimentos e eventos em saúde da Resolução nº 167, de 9 de janeiro de 2008:

Art. 15. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei 9.656, de 1998, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso V deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, observadas as seguintes exigências:

Art. 16. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no Art. 15 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.¹⁴⁷

Em outras palavras, entende-se que o plano de saúde deve dar cobertura ao acompanhante, cobrindo o fornecimento de refeições (de acordo com a rotina do hospital), acomodação adequada e roupa esterilizada, caso seja necessário.¹⁴⁸ Fundamentada no princípio da atenção à saúde, a referida resolução reconheceu o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato.¹⁴⁹

Para mais, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou em 03 de junho de 2008 a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.¹⁵⁰ A resolução garante ao acompanhante

¹⁴⁵ Ibid. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem: seja pai, esteja presente: lei do acompanhante nº 11.108/05**. Brasília, DF, 2014.

¹⁴⁶ LEONEL, Filipe. **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

¹⁴⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa nº 167, 09 de janeiro de 2008. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/cbm/arquivos/ANS_RN167.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

¹⁴⁸ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Acompanhante no parto**. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/direito-ao-acompanhante>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

¹⁴⁹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Rol de procedimentos e eventos em saúde**: Resolução Normativa nº 167, de 09 de janeiro de 2008. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Rol_de_Procedimentos_e_eventos_em_saude.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

¹⁵⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 36, 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível

privacidade, além de estabelecer parâmetros para o funcionamento dos serviços que prestam atendimento a partos e nascimento. Conforme Carla Kremer:

A [Resolução da Diretoria Colegiada] (RDC) nº 36 propõe, entre outras questões, a reorganização dos espaços das maternidades com organização dos quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto no mesmo local), área de deambulação (para que a mulher em trabalho de parto, mas com pouca dilatação, por exemplo, possa caminhar antes do parto, privacidade da gestante e do seu acompanhante. Em relação à assistência, a RDC propõe a implementação das práticas baseadas em evidências científicas e direito ao acompanhante, equipes horizontais e multiprofissionais como enfermeiro obstetra, entre outras ações.¹⁵¹

Segundo Karina, uma das questões mais enfatizadas pelos profissionais da saúde como fator crucial para a inserção do acompanhante é a inadequação da estrutura dos hospitais, uma vez que essa presença resulta na perda de privacidade das demais parturientes.¹⁵² Como já citado, a RDC nº 36 garante privacidade ao acompanhante, razão pela qual a maioria dos hospitais deverá se adaptar e adequar o seu espaço físico.¹⁵³

Apesar das leis, resoluções e portarias, muitos hospitais e maternidades ainda não reconhecem a presença de um acompanhante como um direito da gestante.¹⁵⁴ Dentre as principais formas de descumprimento da Lei Federal nº 11.108/2005, destacam-se a restrição da escolha da mulher; restrição ao tempo de permanência do acompanhante; restrição pelo vínculo com a instituição, isto é, descumprir a lei utilizando a justificativa equivocada de que esta vale apenas para hospitais da rede pública ou da rede privada; restrição pelo tipo de parto e por fim o impedimento da entrada ou permanência do acompanhante. No Brasil, é comum os serviços alegarem desconhecer a lei e assim impedirem que a mulher exerça seu direito.¹⁵⁵

De acordo com o Dossiê “*Parirás com Dor*”, “‘desculpas’ dessa natureza constituem violência obstétrica de caráter institucional e, por seus desdobramentos causais, consequentemente a ocorrência de violência obstétrica de caráter psicológico”.¹⁵⁶ A implementação da presença de um acompanhante está diretamente relacionada à conscientização dos profissionais para reconhecer que a mulher é a principal protagonista do processo do parto. A companhia de alguém de confiança pode não somente auxiliar a gestante

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 15 abr. 2017.

¹⁵¹ KREMER, Carla Solange. **Lei do acompanhante no parto**: percepção dos acompanhantes e da equipe de enfermagem de um hospital do interior do RS. 2012. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Univates, Lageado, 2012. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/handle/10737/410>> Acesso em: 15 abr. 2017. p. 14.

¹⁵² PRATA, K. S et. al. Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 277-286, set./dez. 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6146/4905>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

¹⁵³ KREMER, 2012.

¹⁵⁴ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2017.

¹⁵⁵ *Ib.*, 2012.

¹⁵⁶ *Ibid*, p. 65.

a se manter calma e relaxada, mas também contribuir para que seja prestado um serviço mais humanizado.

3.2.6 Falta de informação ou consentimento da paciente

Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero, sendo observável através de condutas que ofendem e humilham a mulher e sua família e que infligem sofrimento físico e moral tanto na mãe como no bebê.

De acordo com os dados divulgados pela pesquisa “*Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*” as queixas mais comuns de mulheres que foram vítimas dessa modalidade de violência estão relacionadas à realização de exame de toque de forma dolorosa (10%); negativas ou não oferecimento de algum tipo de alívio para a dor (10%); gritos (9%); falta de informação sobre algum procedimento (9%); atendimento negado (8%); xingamentos ou humilhação (7%). Frases como “não chora não, que ano que vem você está aqui de novo” ou “na hora de fazer não chorou”¹⁵⁷ são constantemente ouvidas por mulheres no momento do parto.

Segundo Ligia Sena e Charles Tesser, muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desprezadas, submetidas a situações humilhantes, tratadas sem o menor respeito e cuidado, e isso se agrava especialmente nos casos de mulheres que se encontram em situações aditivas de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV.¹⁵⁸

Comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual ou número de filhos são exemplos claros da hostilidade encontrada dentro das maternidades brasileiras,¹⁵⁹ e constituem uma ameaça significativa à segurança das pacientes.

¹⁵⁷ VENTURI; GODINHO, 2010, p. 172.

¹⁵⁸ SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

¹⁵⁹ TEMOS QUE FALAR SOBRE ISSO. **Violência obstétrica**: o que é, como denunciar e declaração da OMS. 2015. Disponível em: <<https://temosquefalarsobreisso.wordpress.com/2015/05/15/violencia-obstetrica-o-que-e-como-denunciar-e-declaracao-da-oms/>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

Além desses casos, conforme o Dossiê “*Parirás com Dor*”, vários procedimentos são realizados sem serem informados ou esclarecidos de sua necessidade.¹⁶⁰ Procedimentos estes que normalmente incidem sobre o corpo da mulher causando dor ou dano físico (de grau leve a intenso), como por exemplo: aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto por conveniência médica, exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas, privação de alimentos, episiotomia; imobilização (braços e pernas).¹⁶¹ Ressalta-se que por vezes tais intervenções são realizadas sem aviso e sem o consentimento da mulher.¹⁶²

Dessa forma, diante do que foi visto, verifica-se que a assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma prática desaconselhável, acima de tudo representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos. Considerando que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, é possível avaliar o grande impacto à saúde feminina, física e emocional, que as práticas de assistência obstétrica brasileiras vêm causando.

¹⁶⁰ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012.

¹⁶¹ TEMOS QUE FALAR SOBRE ISSO, op. cit.

¹⁶² REDE PARTO DO PRINCÍPIO, op. cit.

4 SISTEMAS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS DA MULHER NA TENTATIVA DE COIBIR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os direitos sexuais e reprodutivos são considerados elementos integrantes dos direitos humanos que compreendem o exercício da experiência sexual sem constrangimentos, da maternidade facultativa e da contracepção voluntária. A discussão desses direitos gerou um significativo avanço para a sociedade tendo em vista que o gênero, religião, idade, etnia ou grupo social deixaram de prevalecer para dar lugar ao reconhecimento de todos como sujeito de direitos nesse campo.

O presente capítulo abordará especialmente a importância da reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos e discutirá sobre a necessidade de legitimação desses direitos enquanto direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988.

4.1 Os direitos sexuais e reprodutivos reconhecidos enquanto direitos humanos

Ao redor do mundo, existem inúmeras abordagens acerca da gravidez e do parto. No Brasil, como já estudado, essa abordagem considera estes eventos como eventos não fisiológicos, isto é, como procedimentos médicos. Contudo, medicalizar esses acontecimentos naturais, deixa o país em uma posição desconfortável no *ranking* de morte materna e neonatal.¹⁶³ Até 2011, os marcadores estatísticos indicavam 64 mortes maternas por 100 mil nascituros, de acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, divulgado em 2014.¹⁶⁴

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram estabelecidos em 2000 pela Declaração do Milênio da ONU.¹⁶⁵ O documento foi adotado por 191 nações e estipulou uma série de compromissos que, cumpridos nos prazos traçados, ocasionariam uma melhoria expressiva na qualidade de vida da humanidade até o ano de 2015. Dentre as metas

¹⁶³ VASCONCELOS, Desireé Cristina Rodrigues; FORMIGA, Fernanda Fernandes de Oliveira. **Rompendo o silêncio sobre violência obstétrica a partir do caso Alyne Pimentel**. 2016. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/liti/ocs/index.php/ixsidh/ixsidh/paper/view/4296/1597>>. Acesso em: 16 maio 2017.

¹⁶⁴ INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA APLICADA, 2014.

¹⁶⁵ DREZETT, Jefferson. **Mortalidade materna no Brasil: insucesso no cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://recli.elsevier.es/pt/mortalidade-materna-no-brasil-insucesso/articulo/S1413208714000089/#bib0010internetportalne.ws>>. Acesso em: 12 maio 2017.

estabelecidas pela ODM, destacam-se a redução da mortalidade infantil e a melhoria na saúde da gestante.¹⁶⁶

Conforme Virgínia Wachira:

A alta taxa de mortalidade materna no Brasil pode ser associada à fragilidade da assistência à saúde materna por causa da falha na execução das políticas públicas adotadas, desafios para o gerenciamento da assistência, deficiência de recursos materiais e humanos, assistência pré-natal precária e assistência inadequada no parto.¹⁶⁷

Dessa forma, conclui-se que o alto índice de mortalidade materna retrata não apenas a condição da saúde materna, mas também as características dos serviços médicos e de que forma eles são oferecidos para a população.¹⁶⁸

Apesar do resultado alarmante referente às mortes maternas decorrentes de causas obstétricas, o Brasil já apresentou um considerável avanço em relação a 1990, demonstrando uma queda de 55% nessa taxa, passando de 141 para 64 mortes por 100 mil nascituros vivos. No entanto, ainda é um número bem distante do admitido pela Organização Mundial de Saúde, que estipula 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos.¹⁶⁹

Segundo Desireé Vasconcelos e Fernanda Formiga, os números expostos permitem entrever a problemática da morte materna como violação dos direitos humanos e fundamentais da mulher.¹⁷⁰ Os direitos humanos são interpretados buscando englobar todas as reivindicações éticas e políticas, que todo ser humano tem ou dever ter diante da sociedade, “gerando novas categorias de direitos, que vão sendo formalizadas por intermédio do acordo e do consenso da comunidade política”.¹⁷¹

Nesse panorama, é possível afirmar que os direitos sexuais e reprodutivos estão incluídos no rol de direitos humanos e estão estabelecidos em uma série de Convenções Internacionais que visam garantir um elenco de direitos considerados elementares à vida digna.¹⁷²

¹⁶⁶ ODM BRASIL. **Objetivo de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 12 maio 2017.

¹⁶⁷ WACHIRA, Virgínia Kagure. **Direitos reprodutivos e vulnerabilidades obstétricas: reflexões de literatura**. 2014. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13552/1/2014_VirginiaKagureWachira.pdf>. Acesso em: 13 maio 2017. p. 5.

¹⁶⁸ PEREIRA, Wilza Rocha. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço de saúde que atende à mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

¹⁶⁹ INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA APLICADA, 2014.

¹⁷⁰ VASCONCELOS; FORMIGA, 2016.

¹⁷¹ FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo, 2004. p. 19.

¹⁷² BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF, 2005b.

A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (Cipd), realizada em 1994 no Cairo, legitima o conceito de Direitos Reprodutivos no seu Capítulo VII e os define da seguinte forma:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.¹⁷³

Essa visão de direitos reprodutivos não se restringe apenas à defesa da reprodução. Ela protege um grupo de direitos individuais e sociais que devem comunicar-se visando atingir o pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. A perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais é o ponto inicial dessa concepção, que objetiva principalmente estender o compromisso do Estado na promoção, efetivação e implantação desses direitos.¹⁷⁴

Em 1995, na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, reafirmaram-se os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos termos “direitos sexuais e reprodutivos”,¹⁷⁵ de modo que os direitos sexuais passaram a ser descritos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos.¹⁷⁶

Consoante previsto no parágrafo 96 da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim:

Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências.¹⁷⁷

Verifica-se que esta não é uma definição propriamente dita dos direitos sexuais. O conceito de “direitos sexuais” não possui ainda o reconhecimento ideal, em razão da

¹⁷³ FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Nova York, 1995. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2017. p. 17.

¹⁷⁴ FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004.

¹⁷⁵ DECLARAÇÃO e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em 17 mai. 2017.

¹⁷⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF, 2005.

¹⁷⁷ MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 61-83, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004>. Acesso em: 8 maio 2017.

dificuldade da sociedade em compartilhar moralidades diferentes no exercício da sexualidade humana.¹⁷⁸

De acordo com Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky, os princípios éticos basilares dessa noção de direitos sexuais e reprodutivos são: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade.¹⁷⁹ O desrespeito a cada um desses princípios constitui uma violação aos direitos da mulher.

A integridade corporal se materializa tanto no direito da mulher de não ter a sua capacidade sexual e reprodutiva alienada, isto é, direito de não se submeter a certas situações por imposição da sociedade, quanto no direito à integridade física.¹⁸⁰

Sobre o direito à integridade física, José Afonso da Silva enaltece que:

Agredir o corpo humano é um modo de agredir a vida, pois esta se realiza naquele. A integridade físico-corporal constitui, por isso, um bem vital e revela um direito fundamental do indivíduo. [...] Agora a Constituição vai mais longe: além de garantir o respeito à integridade física e moral, declara que ninguém será submetido a tortura ou a tratamento desumano, ou degradante (art. 5º, III).¹⁸¹

A autonomia pessoal significa tratar a mulher como sujeito habilitado e responsável para adotar medidas no que diz respeito à reprodução e sexualidade. Segundo Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky, para que as decisões reprodutivas sejam verdadeiramente “livres” e não impulsionadas pelo desespero e pelas circunstâncias, é necessário que haja a chamada “autonomia feminina”.¹⁸²

O princípio da autonomia, diz respeito à capacidade de autodeterminação de uma pessoa, isto é, o quanto ela pode administrar a sua própria vontade, livre de qualquer interferência externa.¹⁸³ Dessa forma, entende-se que toda mulher tem direito de decidir sobre si mesma sem a interferência de outrem, especialmente no que concerne à sua vida sexual e reprodutiva.

Ressalte-se que a autonomia busca então o chamado consentimento informado, pelo qual a pessoa não pode ser submetida a uma pesquisa involuntariamente ou sem sequer obter as informações adequadas. Trazendo a análise para o âmbito da gestação, é vedado

¹⁷⁸ FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, op. cit.

¹⁷⁹ CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/physis/v6n1-2/08.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

¹⁸⁰ CORRÊA; PETCHESKY, 1996.

¹⁸¹ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2013. p. 201.

¹⁸² CORRÊA; PETCHESKY, op. cit., p. 159.

¹⁸³ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Especialização em saúde da família**: módulo bioética. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera, ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Destaca-se que este princípio não considera o isolamento das “escolhas individuais” nem tampouco descarta a orientação médica em casos de perigo a saúde da mulher. O que se defende é que as mulheres devem ser vistas como sujeitos e não como meros objetos. Nesse sentido, reitera Virgínia Wachira:

Os profissionais de saúde servem como coadjuvantes no processo e aplicam seu conhecimento para assegurar o bem estar da mulher e do recém-nascido durante o parto e pós-parto. Faz se necessário transformar o processo em um momento de confiança e segurança entre o profissional e a cliente e deveria ter orientações para cada procedimento que será realizado dando valor à participação ativa da parturiente e respeitando a sua experiência. Em alguns casos, os profissionais não oferecem explicações dos procedimentos que serão feitos.¹⁸⁴

A aplicação do princípio da igualdade no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos possui duas vertentes principais: Relação entre Homem x Mulher (desigualdade de gênero) e Mulher x Mulher (desigualdade de classe, idade, nacionalidade, etc.).¹⁸⁵

De acordo com Alicia Puleo, ao se falar de gênero, faz-se uma alusão a um conceito estabelecido pelas ciências sociais ao longo dos anos para examinar a “construção sócio-histórica das identidades masculina e feminina”.¹⁸⁶ Esse conceito, de certa forma, serve como base para os discursos de legitimação sexual ou ideologia sexual e justifica a hierarquização dos homens e do masculino diante das mulheres e do feminino, é o que se chama de “teoria do patriarcado”.

A teoria afirma que entre todos os elementos que constituem o sistema de gênero – também denominado ‘patriarcado’ por algumas correntes de pesquisa – existem discursos de legitimação sexual ou ideologia sexual. Esses discursos legitimam a ordem estabelecida, justificam a hierarquização dos homens e do masculino e das mulheres e do feminino em cada sociedade determinada. São sistemas de crenças que especificam o que é característico de um e outro sexo e, a partir daí, determinam os direitos, os espaços, as atividades e as condutas próprias de cada sexo (Salzman, 1992).¹⁸⁷

No que tange mais especificamente aos padrões de gênero e sexualidade, foi possível verificar ao longo dos anos, um crescente avanço da autonomia pessoal da mulher, isto é, um declínio das estruturas patriarcais.¹⁸⁸ Nesse contexto, afirma Göran Therborn:

¹⁸⁴ WACHIRA, 2014, p. 10.

¹⁸⁵ CORRÊA; PETCHESKY, 1996.

¹⁸⁶ PULEO, Alicia Helda. **Filosofia e gênero**: da memória do passado ao projeto do futuro. Disponível em: <http://www5.uva.es/catedraestudiosgenero/IMG/pdf/filosofia_e_genero.pdf>. Acesso em: 26 maio 2017. p. 13.

¹⁸⁷ Ibid., p. 13.

¹⁸⁸ ALVES, José Eustáquio Diniz; CORREA, Sônia. **Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil**: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo. Campinas: Abep, 2009.

A história do patriarcado no século XX é basicamente a de um declínio gradual, começando em diferentes pontos no tempo pelo mundo. A primeira ruptura ocorreu nos anos 1910, mediante ampla reforma consensual na Escandinávia e violenta revolução na Rússia. O final dos anos 1940 e o início dos anos 1950 proporcionaram outro importante degrau para baixo, nessa época centrada no Leste Asiático – no Japão, sob ocupação americana, e na China por meio da Revolução Comunista. A tomada comunista da Europa Oriental significou que os sinos lá também dobraram pelo patriarcado institucionalizado. Sem ser implementada em curto prazo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU assinalou importante vitória global e constitucional contra o patriarcado. Finalmente, os anos que se seguiram a ‘1968’, em particular os anos por volta de 1975 (Ano Internacional da Mulher), provocaram uma onda mundial contra os poderes e privilégios especiais de pais e maridos, com as primeiras rupturas vindas da Europa Ocidental e da América do Norte, mas sem deixar nenhuma parte do planeta intocada.¹⁸⁹

Contudo, apesar de alguns avanços relacionados à “emancipação” e “igualdade” da mulher, a sociedade contemporânea ainda permanece distante da tão desejada justiça social. A desproporção entre os gêneros muitas vezes se manifesta através da violência, contribuindo ainda mais para a desigualdade entre homens e mulheres e reforçando a ideia de subordinação e vulnerabilidade das mesmas que, muitas vezes, deixam de reagir a esses episódios por medo ou represálias.¹⁹⁰

Em relação às desigualdades entre as próprias mulheres, Sônia Corrêa e Rosalind Petchesky reiteram que a autonomia das mulheres quanto à tomada de decisões acerca da reprodução deve ser respeitada sem distinção de classe, raça, origem étnica, orientação sexual, nacionalidade, idade ou estado civil.¹⁹¹ Desta forma, conclui-se que é essencial a efetivação dos direitos reprodutivos e sexuais enquanto direitos humanos, tendo em vista que esse é o ponto de partida para gerar instrumentos normativos que visam modificar o preocupante caso de desigualdade e possibilitar o “exercício e acesso igualitário dos direitos reconhecidos por todos”.¹⁹²

É nessa perspectiva que se encaixa o princípio da diversidade, pois ao passo que se defende a aplicação universal e integral dos direitos sexuais e reprodutivos, é de suma importância também considerar que tais direitos “frequentemente adquirem sentidos ou se traduzem em prioridades diferentes segundo os contextos sociais e culturais”.¹⁹³

No Brasil, a experiência do parto é vivida de maneira distinta pelas mulheres. Em um país caracterizado pela sua grande amplitude territorial, é natural que haja essa diferenciação, especialmente em razão da diversidade cultural e social existente. Esse cenário exige políticas diversas e específicas, compatíveis com as crenças e práticas de parto

¹⁸⁹ THERBORN, G. **Sexo e poder**: a família no mundo 1900-2000. São Paulo: Contexto, 2006. p. 430.

¹⁹⁰ ARSIE, 2016.

¹⁹¹ CORRÊA; PETCHESKY, 1996.

¹⁹² FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p. 20.

¹⁹³ CORRÊA; PETCHESKY, op. cit., p. 168.

desenvolvidas em coletividades constituídas por mulheres com diferentes experiências no exercício da parturição.¹⁹⁴ Quando as mulheres desconhecem os seus direitos no momento do parto, isso as deixa em uma situação de vulnerabilidade que pode acarretar traumas físicos e psicológicos inenarráveis.¹⁹⁵

Ainda no contexto de proteção aos direitos da mulher, destaca-se que em 1984 o Brasil ratificou a Convenção Sobre Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.¹⁹⁶ A Cedaw é considerada a “Carta Magna” dos direitos das mulheres e visa principalmente promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher nos Estados-parte.¹⁹⁷ No seu artigo 1º, a Cedaw apresenta o conceito da expressão “discriminação contra a mulher”:

Para fins da presente Convenção, o termo ‘discriminação contra mulheres’ significa qualquer distinção, exclusão ou restrição feitas com base no gênero que tem o efeito ou propósito de prejudicar ou invalidar o reconhecimento, gozo ou exercício pelas mulheres, independentemente do seu estado civil, em base de igualdade entre homens e mulheres, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro campo.¹⁹⁸

E completa em seu 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 os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas 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.¹⁹⁹

Além disso, o Brasil ratificou em 1995 a Convenção Intramericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, classificada como um instrumento inédito de proteção dos direitos da mulher.²⁰⁰ O artigo 1º da referida Convenção conceitua a violência contra a mulher como qualquer “ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dando ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na esfera privada”. Em seguida, o artigo 2º estabelece que dentre as

¹⁹⁴ MOREIRA, M. F. S.; MARTINS, T. L. T.; FREITAS, V. C. **Direitos reprodutivos, parto e violência contra mulheres: o que está dentro / fora da educação sexual dos jovens**. 2015. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/direitos-reprodutivos_maria-de-fatima-salum.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

¹⁹⁵ WACHIRA, 2014.

¹⁹⁶ ARSIE, 2015.

¹⁹⁷ CONVENÇÃO..., 1979.

¹⁹⁸ Ibid., p. 20.

¹⁹⁹ Ibid., p. 23.

²⁰⁰ ARSIE, op. cit.

formas de violência contra a mulher se encontra a violência física, sexual e psicológica “perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra”.²⁰¹

Dessa forma, é possível perceber que a incorporação dos tratados internacionais auxilia no combate à discriminação e violência, bem como fortalece os direitos sexuais e reprodutivos. Contudo, tanto no Brasil como em outros países, as mulheres continuam em desvantagem em relação ao homem em vários âmbitos da vida.²⁰²

Finalizando sobre essa questão, Flávia Piovesan esclarece que:

Não obstante os significativos avanços obtidos na esfera constitucional e internacional, reforçados, por vezes, mediante legislação infraconstitucional esparsa, que refletem as reivindicações e anseios contemporâneos das mulheres, ainda persiste na cultura brasileira uma ótica sexista e discriminatória com relação às mulheres, que as impede de exercer, com plena autonomia e dignidade, seus direitos mais fundamentais.²⁰³

4.2 A necessidade de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto Direitos Fundamentais, com previsão na Constituição Federal de 1988

Conceitua-se os direitos fundamentais como o conjunto de direitos público-subjetivos que concretizam as exigências da liberdade, igualdade e dignidade entre os seres humanos, independentemente de condições pessoais específicas²⁰⁴. São prerrogativas que integram um núcleo inviolável de uma sociedade política, isto é, estão contidas em dispositivos constitucionais que visam limitar o exercício do poder estatal em face da liberdade individual.²⁰⁵

Os direitos fundamentais são, portanto, aquelas garantias positivadas e previstas na constituição, com força normativa-constitucional. É justamente o seu caráter jurídico-institucional garantido que os distingue dos direitos humanos, que nada mais são do que direitos e liberdades que as pessoas detêm pelo simples fato de serem dotadas de caráter humano, independentemente de sua positivação jurídica nos ordenamentos político-estaduais.²⁰⁶

²⁰¹ CONVENÇÃO..., 1994, não paginado.

²⁰² ARSIE, op. cit.

²⁰³ PIOVESAN, Flávia. **Mulher e o debate sobre direitos humanos no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/anexos/15659-15660-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2017. p. 5.

²⁰⁴ ANDRADE, Manoela. **Direitos Fundamentais: conceito e evolução**. Disponível em: <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/16010-16011-1-PB.pdf>>. Acesso em 15 maio 2017.

²⁰⁵ DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 5. ed. Atlas: São Paulo, 2014.

²⁰⁶ VASCONCELOS; FORMIGA, 2015.

Destaca-se que a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 foi um verdadeiro marco na transição para o regime democrático, em um país antes “delineado pela intervenção militar iniciada em 1964”.²⁰⁷ A Carta Magna em seu Título II apontou os “direitos e garantias fundamentais”, apresentando-os em cinco capítulos, quais sejam: direitos individuais e coletivos, direitos sociais, nacionalidade, direitos políticos e partidos políticos. Contudo, os direitos fundamentais estão espalhados por todo texto constitucional.²⁰⁸

Levando em consideração o tema principal abordado neste estudo, isto é, a violência obstétrica como forma de desrespeito aos direitos fundamentais da mulher, os direitos individuais e coletivos e os direitos sociais são os que merecem destaque na discussão.

Os direitos individuais e coletivos por representarem os direitos diretamente ligados ao conceito de pessoa humana e de sua personalidade e os direitos sociais por representarem a defesa dos hipossuficientes, visando a igualdade social.²⁰⁹

Inicialmente, cabe ressaltar que a Constituição de 1988 já no artigo 1º destaca o principal alicerce de um Estado Democrático de Direito que é princípio da dignidade da pessoa humana:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
III - a dignidade da pessoa humana.²¹⁰

Em razão de sua importância e de sua inviolabilidade, este princípio está presente em todo o texto constitucional e a ele não pode ser estabelecido nenhum tipo de relativismo em função de cor, gênero, crença, raça ou idade. Trazendo a discussão para o âmbito da violência obstétrica, o princípio da dignidade humana deve ser resguardado a qualquer pessoa, incluindo as mulheres grávidas, seja em trabalho de parto ou situação de abortamento.²¹¹ A mulher vítima de violência obstétrica, sofre uma grave ofensa aos seus valores.

De acordo com Jaqueline Arsie, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu o direito à saúde, e conseqüentemente o direito à vida, como corolário do princípio da dignidade

²⁰⁷ ARSIE, 2015, p. 20.

²⁰⁸ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 3 maio 2017.

²⁰⁹ ARSIE, 2015.

²¹⁰ BRASIL, 1988, não paginado.

²¹¹ AMBROZI, Michelle Martins. Violência obstétrica: breve análise do desrespeito às normas constitucionais. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 21, n. 4573, 8 jan. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/45692>>. Acesso em: 15 maio 2017.

humana.²¹² O direito à saúde, consubstanciado nos artigos 196 a 200 do texto constitucional, é um direito social fundamental e compreende perspectivas “promocional, preventiva e curativa”.²¹³ Nesse sentido, o artigo 196 dispõe:

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.²¹⁴

Senão o primeiro, a saúde é um dos elementos indispensáveis da vida, seja como pressuposto de existência, seja como respaldo para qualidade de vida e o Estado brasileiro possui a função de provedor (prestando serviços gratuitos e universais no âmbito do Sistema Único de Saúde) e de regulador (estabelecendo leis e regulamentação administrativa para o acesso aos bens e serviços de saúde em geral, e não só no sistema público de saúde, inclusive no que concerne à saúde sexual e reprodutiva).²¹⁵

A saúde reprodutiva, segundo entendimento da Organização Mundial da Saúde, diz respeito à:

‘[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio’.²¹⁶

Seguindo esse raciocínio, verifica-se que o Estado tem o dever de garantir saúde e cuidados obstétricos às mulheres, o que implica também a prevenção da violência praticada por profissionais da saúde contra as gestantes.

Apesar da Constituição de 1988 ter adotado a perspectiva de ter a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, a prática da violência obstétrica demonstra que os efeitos dos seus dispositivos não se encontram tão claros. As situações humilhantes e degradantes as quais muitas mulheres se submetem no momento do parto, revelam grandes falhas do Estado na sua obrigação de proteger a vida, a liberdade e a saúde femininas.

²¹² ARSIE, op. cit.

²¹³ RODBARD, 2015, p. 26

²¹⁴ BRASIL, op. cit.

²¹⁵ FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004.

²¹⁶ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**: plataforma de Cairo. Cairo, 1994. p. 62.

A intervenção no corpo da mulher através de procedimentos desnecessários e invasivos durante o parto representa uma preocupante ofensa à autonomia feminina sobre sua sexualidade e reprodução e causam graves danos à sua integridade física e moral.²¹⁷ A respeito da integridade moral, José Afonso da Silva discorre:

A vida humana não é apenas um conjunto de elementos materiais. Integram-na, outrossim, valores imateriais, como os morais. A Constituição empresta muita importância à moral como valor ético-social da pessoa e da família, que se impõe ao respeito dos meios de comunicação social (art. 221, IV). Ela, mais que as outras, realçou o valor da moral individual, tornando-a mesmo um bem indenizável (art. 5º, V e X). A moral sintetiza a honra da pessoa, o bom nome, a boa fama, a reputação que integram a vida humana com dimensão imaterial. Ela e seus componentes são atributos sem os quais a pessoa fica reduzida a uma condição animal de pequena significação. Daí porque o respeito à integridade moral do indivíduo assume feição de direito fundamental.²¹⁸

A OMS elaborou uma cartilha com recomendações acerca da assistência ao parto, com o objetivo de incentivar a autonomia e o protagonismo das mulheres durante esse momento tão importante.²¹⁹ Vale ressaltar que algumas dessas recomendações servem como alicerce para a garantia dos direitos das parturientes, quais sejam: direito à informação; monitoração tecnológica do nascimento; direito ao bem-estar/direito ao acompanhante; direito da mãe ter contato com o bebê e direito a não realização de práticas médicas desnecessárias, destacando-se os partos cirúrgicos.

É certo que todas as mulheres possuem o direito ao mais alto nível de saúde que se possa alcançar, especialmente em um momento delicado como é o caso da gravidez e do parto. Como já visto, a negligência, o desrespeito e os abusos sofridos durante o ato de parir representam uma violação aos direitos humanos e fundamentais da mulher, todavia, por questões culturais, o parto ainda é encarado como um momento de “dor necessária”.²²⁰

Em determinadas situações, as mulheres sequer se dão conta de que estão sendo vítimas de uma violência ou, se percebem, optam pelo silêncio devido ao medo ou por desacreditar na justiça. O Projeto de Lei nº 7.633/2014, que será discutido adiante, foca justamente na questão da assistência humanizada à mãe e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, dando ênfase na redução da prática indiscriminada das cesáreas, objetivando mantê-las no percentual de 15% recomendado pela OMS.²²¹

²¹⁷ ARSIE, 2015.

²¹⁸ SILVA, 2013, P. 203.

²¹⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996.

²²⁰ SAUAIA, Artenira da Silva Silva; SERRA, Maiana Cibele Mesquita. Uma dor além do parto: Violência Obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 128-147, jan. 2016.

²²¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015a.

5 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DO PROJETO DE LEI Nº 7.633/2014

Apresentado os contornos acerca da prática da violência obstétrica e da importância do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos inerentes às mulheres, o presente capítulo terá como direcionamento a abordagem dos principais aspectos do Projeto de Lei n. 7633/2014, enfatizando as maneiras que o legislador encontrou para assegurar com eficácia os direitos fundamentais da gestante.

Ademais, faz-se necessário realizar um comparativo entre o Brasil e países da América Latina que possuem uma legislação específica sobre a questão discutida, tendo como principais exemplos a Argentina e a Venezuela.

5.1 Fundamentos do Projeto de Lei nº 7.633/2014

O Projeto de Lei nº 7.633/2014, de autoria do deputado Jean Wyllys, tem o propósito de salvaguardar os direitos da mulher durante a gestação e o parto – inclusive nos casos de aborto – e de definir as obrigações dos profissionais da saúde, além de tratar dos direitos do feto e do recém-nascido.²²²

A proposta agrega assistência humanizada a procedimentos que exigem a mínima interferência da equipe médica, primando pela utilização de métodos não invasivos além do emprego de medicamentos e cirurgias somente quando estritamente necessário.

Versando basicamente sobre questões atinentes às áreas de saúde e de direitos humanos, referidas à problemática tratada, o projeto contém 31 (trinta e um artigos) artigos, organizados em 4 (quatro) Títulos, como se segue: o TÍTULO I – DAS DIRETRIZES E DOS PRINCÍPIOS INERENTES AOS DIREITOS DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO, PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO, com 16 (dezesesseis) artigos; o TÍTULO II – DA ERRADICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, com 8 (oito) artigos; o TÍTULO III – DO CONTROLE DOS ÍNDICES DE CESARIANAS E DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS, com 3 (três) artigos e o TÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS, com 4 (quatro) artigos.²²³

Segundo o deputado Jean Wyllys, o projeto se justifica em razão dos resultados da pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo – Serviço Social do Comércio (Sesc),

²²² WYLLYS, 2014.

²²³ Ibid.

sobre “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”, e define a violência obstétrica como sendo:

[...] apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.²²⁴

O projeto se inicia reconhecendo que toda gestante tem direito a assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, inclusive em situações de abortamento, seja na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, seja em estabelecimento privado de saúde suplementar. Estabelece ainda que as práticas de assistência humanizada são aquelas preconizadas pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, desenvolvido pela OMS, da Política Nacional de Humanização, das Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde e em conformidade com as orientações da RDC nº 36/2008, da Anvisa.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma classificação de práticas comuns que deveriam ser utilizadas em casos de parto normal, dando origem ao “Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”.²²⁵ Com o objetivo de garantir o direito da mãe e do bebê a uma assistência qualificada, humanizada e segura, as recomendações foram elencadas em 4 categoria distintas: a) práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; c) práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; d) práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Nesse sentido, o artigo 11 do PL 7.633/2014 dispõe:

Art. 11 - No atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério, é vedado aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde:

I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS;

II - constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu conceito;

III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que

²²⁴ ZASCIURINSKI, 2015, p. 2.

²²⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Genebra, 2014. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2017.

sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.²²⁶

Importante salientar que entre os procedimentos classificados nas categorias “práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão” e “práticas frequentemente usadas de modo inadequado”, pode-se destacar o clampeamento precoce do cordão umbilical, isto é, o corte apressado do cordão umbilical que pode aumentar o risco de anemia infantil²²⁷ e o uso liberal e rotineiro de episiotomia.

Nesse contexto de assistência obstétrica, o Ministério da Saúde lançou através da Portaria nº 569/2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de desenvolver:

[...] ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (art. 1º, § único).²²⁸

Anos mais tarde, em 2003, foi instituída a Política Nacional de Humanização, que estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuário do SUS “para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras [...]”.²²⁹

Também vale destacar a Portaria nº 1.067/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal²³⁰ e a Portaria 1.459/2011 que criou a Rede Cegonha no Brasil. Esses dois documentos foram substancialmente importantes para assegurar às mulheres os cuidados relativos à gestação, bem como garantir os direitos da criança a ter um

²²⁶ WYLLYS, 2014, p. 5-6.

²²⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil.** Disponível em: <<http://reprolineplus.org/system/files/resources/PPH%20Briefing%20%28DCC%29%20-%20Portuguese.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2017.

²²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 30 maio 2017.

²²⁹ Ib. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização.** Brasília, DF, 2013.

²³⁰ Ib. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outra providências. Brasília, DF, 2005c. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155-neonatologia?download=820:portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

nascimento seguro e desenvolvimento saudável.²³¹ Nessa perspectiva, o artigo 2º da Portaria nº 1.067/2005 determina que:

- Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:
- I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
 - II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
 - III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
 - IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
 - V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
 - VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
 - VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e
 - VIII toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05.²³²

Finalmente, nesse contexto de principais fundamentos do Projeto de Lei nº 7.633/2014, é de suma importância destacar também RDC nº 36/2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, fundamentado na “qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente”.²³³

Como se sabe, na assistência humanizada, são evitados todos os procedimentos desnecessários e somente são realizadas as intervenções cuja efetividade e segurança tenham sido demonstradas por estudos científicos bem conduzidos. O artigo 3º do Projeto de Lei nº 7.633, de 2014, dispõe:

- Art. 3º - São princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento:
- I - mínima interferência por parte da equipe de saúde;
 - II - preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente;
 - III - fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério;
 - IV - harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do conceito.²³⁴

O profissional da saúde deve sempre fazer uma avaliação do procedimento a ser usado pelo paciente, para que este não sofra desnecessariamente sem conseguir o resultado

²³¹ Ib. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 30 maio 2017.

²³² BRASIL, 2005c, não paginado.

²³³ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008, p. 2.

²³⁴ WYLLYS, 2014, p. 2.

pretendido, ou seja, na sua avaliação os benefícios têm que superar os riscos, assim como os sofrimentos. Consoante a esse ensinamento, o Ministério da Saúde estabelece que um dos principais aspectos da humanização diz respeito à:

[...] adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.²³⁵

Sobre a importância de um parto com poucas interferências e com métodos menos invasivos, Jaqueline Rocha e Paulo Novaes, enaltece que o parto deve se iniciar da forma mais espontânea possível, possibilitando que a parturiente tenha liberdade para movimentar-se durante o processo e tenha condições de receber todo o suporte médico-hospitalar necessário.²³⁶ Dessa maneira, conclui-se que as intervenções rotineiras e sem embasamento científico devem ser superadas, para que assim o parto fisiológico deixe de ser encarado como um processo “primitivo” e “arcaico”. Sobre o assunto, Giovana Porto discorre:

Em face da luta pelo abandono das tecnologias perniciosas e do englobamento de tecnologias adequadas, eclode a medicina baseada em evidências (MBE), qual foca nas incompatibilidades e na carência de evidências científicas da segurança e eficácia de determinadas práticas médicas, clamando portanto pela realização de procedimentos que tenham cunho eficaz cientificamente comprovados.²³⁷

Às usuárias inclusive é dado também o direito de entender e decidir sobre os procedimentos pré-parto, parto e puerpério. Dessa forma, Vanessa Carvalho e outros autores asseveram que “a disponibilidade das informações poderá favorecer a compreensão das parturientes em relação aos seus direitos, fazendo com que se sintam respeitadas”.²³⁸ Em outras palavras, pode-se afirmar que o médico tem a obrigação, isto é, o dever ético, de esclarecer todas as questões acerca das intervenções adequadas ao caso, especificando os riscos e os benefícios de cada tratamento, para que então o paciente possa optar, de forma livre e consciente.

Um dos pontos de grande relevância do projeto diz respeito à elaboração de um Plano Individual de Parto que toda gestante tem direito, no qual poderá indicar todas as disposições de sua vontade, como por exemplo, a presença ou não de um acompanhante no momento do parto. O seu artigo 9º prevê o conhecimento da mulher acerca de toda e qualquer

²³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2002. p. 5.

²³⁶ ROCHA, Jaqueline Alvarenga; NOVAES, Paulo Batistuta. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, p. 119-126, mar. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

²³⁷ PORTO, Giovana Arduim Maia et al. Violência obstétrica e bioética: as obscuridades do parto análise da dicotomia médico X paciente. In: SEMINÁRIO DE DIREITO CIVIL- CONSTITUCIONAL, 3., 2017, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Instituto de Pesquisa e Extensão Perspectiva e Desafios de Humanização do Direito Civil-Constitucional, 2017. p. 157.

²³⁸ CARVALHO, 2014, p. 2.

alteração no Plano Individual de Parto, alterações estas que devem ser prontamente registradas e justificadas pelo profissional da saúde no prontuário da paciente. Em seus termos:

Art. 9º - Toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado.²³⁹

Dessa maneira, entende-se que com base na humanização do procedimento, seja o pré-natal, no decorrer e após o parto, é visível o respeito à autonomia da parturiente em reger as escolhas, prevalecendo sob circunstâncias normais, após tomar conhecimento pelos profissionais da saúde das consequências de suas escolhas, sem a incidência de riscos consideráveis para a própria mulher e para o nascituro.

O Título II do projeto apresenta medidas para garantir os direitos de mulheres vítimas da violência obstétrica. O seu art. 17 algumas disposições que penalizam aqueles que cometem o ato violento:

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.²⁴⁰

Propõe ainda que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento ao parto e ao recém-nascido deverão expor cartazes que informam as condutas humanizadas, além de informar qual o procedimento deve ser adotado em casos de ocorrência de violência obstétrica.

5.2 Procedimento do Projeto de Lei nº 7.633/2014

O Título III versa exclusivamente sobre o Controle dos Índices de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas e aborda todas as questões referentes às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas (CMICBPO). Como

²³⁹ WYLLYS, 2014, p. 5.

²⁴⁰ WYLLYS, 2014, p. 10-11.

forma de coibir a prática de intervenções cirúrgicas desnecessárias. O texto do PL nº 7.633/14, assegura em seus artigos 25 e 26, o seguinte:

Art. 25 – Os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pactuada com o Poder Executivo Federal em valores e períodos definidos pelo Ministério da Saúde, exceto em hospitais-maternidades de renomada referência setorial que possuam maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices.

Art. 26 – Serão criadas e regulamentadas por meio de portaria as Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, representativas das esferas estadual, municipal e institucional, compreendendo esta última qualquer instituição ou estabelecimento obstétrico público ou privado de saúde suplementar.²⁴¹

Na prática a CMICBPO se encarregará de alertar todas as instituições que apresentarem o índice de cesariana maior que o valor limite estabelecido pela OMS. Contudo, simultaneamente com o alerta, a Comissão deverá auxiliar a instituição na redução desses números. Para tanto, poderão ser efetivadas “parcerias com entidades de classe e filantrópicas, associações científicas e profissionais, universidades, órgãos públicos, dentre outros que compõem a Rede Social de Apoio” (artigo 26, §12, PL nº 7.633/2014).²⁴²

Após o terceiro alerta consecutivo, caso a situação permaneça inalterada, a Comissão deverá notificar a instituição e instaurar uma sindicância para apurar as razões dos elevados índices. A investigação será realizada por meio de entrevistas com as próprias mulheres submetidas aos procedimentos, bem como com os profissionais que os praticaram. Além disso, serão realizadas também visitas às clínicas, consultórios e ambulatórios.

Finalizada a sindicância, a CMICBPO produzirá um minucioso relatório, de caráter público e de livre acesso, indicando os motivos, os profissionais responsáveis, os fatores de risco e os dados epidemiológicos relacionados ao crescimento das taxas de cesáreas. O relatório deverá incluir ainda “recomendações, ações e metas que auxiliem o sindicato a reduzir seus índices de cesarianas e a violência obstétrica” (artigo 26, §15, PL nº 7.633/2014).²⁴³

A instituição investigada terá então o prazo de 90 dias para se adequar às determinações contidas no relatório, caso contrário, o Ministério Público será acionado e irá indicar, conforme o caso, uma dessas punições previstas no artigo 26, §16 do referido projeto:

I - suspensão temporária de financiamento público para a realização de cesarianas, para instituições pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele vinculadas, por um prazo inicial de 30 (trinta) dias, podendo esta suspensão ser mantida por

²⁴¹ Ibid., p. 14.

²⁴² WYLLYS, 2014, p. 16.

²⁴³ Ibid., loc. cit.

tempo indefinido ou revogada, de acordo com parecer circunstanciado da CMICBPO;

II - proibição temporária de realização de cesarianas, para instituições privadas ou filantrópicas, por um prazo inicial de 30 dias, podendo esta proibição ser mantida indefinidamente ou revogada, de acordo com parecer da CMICBPO.²⁴⁴

Finalizando a análise dos principais dispositivos do Projeto de Lei nº 7.633/2014, vale ressaltar que no Título IV, que versa sobre as disposições gerais, o legislador deixa claro que as observações previstas na lei devem ser respeitadas pelos profissionais e instituições de saúde independentemente da criação das Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas, estando sujeitos a responder no âmbito civil, penal ou administrativo aqueles que descumprirem com o que está sendo preconizado.

5.3 Tramitação do Projeto de Lei nº 7.633/2014

Em relação ao trâmite do projeto na Câmara dos Deputados, tem-se a seguinte situação: foi apresentado ao Plenário em 29 de maio de 2014 e encaminhado para as Comissões de Educação; de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Após ser recebido pela Comissão de Educação, o projeto passou pelas mãos do relator deputado Paulo Santiago (Partido Democrático Trabalhista - Pernambuco (PDT-PE)), entretanto foi devolvido sem manifestação e posteriormente arquivado. Em conformidade com o pedido de desarquivamento, requerido pelo deputado Jean Wyllys, o projeto retornou à Comissão de Educação, dessa vez tendo como relatora a deputada Keiko Ota (Partido Socialista Brasileiro - São Paulo (PSB-SP)). Uma audiência pública para a discussão do projeto foi realizada em 11 de junho de 2015 e após dois meses a Comissão de Educação apresentou o seu parecer pleiteando a aprovação do projeto, com emenda que será discutida adiante.

Em agosto de 2016, foi deferido um requerimento de redistribuição do projeto para a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, por se tratar de uma matéria pertinente ao seu campo temático. Ademais, em 07 de junho de 2017, o deputado Jean Wyllys apresentou um pedido de apensação do PL nº 7.633/2017 ao PL nº 6.567/2013, que propõe alterar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”,²⁴⁵ para incluir a obrigatoriedade de obediência às

²⁴⁴ Ibid., p. 17.

²⁴⁵ BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 6567/2003. Altera o art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e

diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do SUS. O deputado justificou o seu requerimento afirmando que os referidos projetos possuem pretensões muito semelhantes e utilizou o princípio da eficiência para solicitar celeridade no processo legislativo.²⁴⁶

Como já mencionado, até o momento apenas a Comissão de Educação se manifestou sobre as questões educacionais do referido projeto através da deputada Keiko Ota, tendo em vista que sem uma mudança de entendimento e dos procedimentos utilizados na formação médica de maneira geral, tanto os professores quanto os alunos continuarão fazendo uso de técnicas desatualizadas e invasivas, maltratando as mulheres e os bebês muitas vezes em razão de uma aprendizagem distorcida ou deficiente.

O artigo 19 do projeto foi discutido pela deputada que ressaltou que as questões referentes a currículo escolar, seja do ensino básico ou superior, técnico ou tecnológico, são de competência exclusiva do Ministério da Educação, ouvido o Conselho Nacional de Educação (CNE), conforme preconiza a Lei nº 9.131, de 1995.²⁴⁷

Sendo assim, com o intuito de evitar problemas futuros na aprovação do Projeto de Lei 7.633 de 2014, a Comissão de educação reitera que “qualquer proposta do Poder Legislativo sobre o assunto currículo escolar, em qualquer nível ou modalidade de ensino, deve ser sugerida pela proposição do tipo indicação”.²⁴⁸ Nesse sentido, propõe uma Emenda ao artigo 19 que passa a ter a seguinte redação:

Art. 19: As instituições de educação de nível médio e superior que ministram cursos de formação de profissionais da área da saúde, os médicos (as), enfermeiros (as), obstetrias, preceptores, estudantes e demais profissionais da área da saúde bem como as equipes administrativas hospitalares serão formalmente informadas dos princípios, preceitos e procedimentos relativos ao atendimento humanizado à saúde da mulher e do conceito, constantes desta Lei, e serão incentivados a praticá-los por meio da formação continuada, de monitoramentos periódicos visando o

o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=596285>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

²⁴⁶ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Requerimento de Apensação nº 6677/2017. Requer a apensação do PL 7.633/2014 ao PL 6.567/2013. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1566985&filename=Tramitacao-PL+7633/2014>. Acesso em: 2 jun. 2017.

²⁴⁷ BRASIL. Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9131.htm>. Acesso em: 2 mar. 2017.

²⁴⁸ Ib. Câmara dos Deputados. Comissão de Educação. Projeto de Lei nº 7.633, de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5F1ABC7381B1D9519ED69936B1F909EC.proposicoesWebExterno1?codteor=1367030&filename=Tramitacao-PL+7633/2014>. Acesso em: 31 maio 2017. p. 7-8.

aprimoramento das práticas cotidianas na área e outros que conduzam ao mesmo fim.²⁴⁹

Para ser aprovado o Projeto de lei precisa ainda ser apreciado pelas Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher; da Seguridade Social e Família e da Constituição e Justiça e de Cidadania. Entretanto, ainda que aprovada a lei, esta não atingirá o seu objetivo principal se não houver a conscientização da sociedade e dos próprios agentes da saúde.

Assim sendo, o deputado conclui:

Pela relevância e ainda, como forma de coibir toda e qualquer violência contra a mulher, conto com os nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei, que busca tratar da humanização da assistência à mulher e ao conceito, bem como de seus direitos no ciclo-gravídico-puerperal, quer seja pela realidade mostrada pelos relatos de óbitos de parturientes e seus bebês, quer seja pela dificuldade de colocar-se efetivamente em prática uma política nacional atenta às recomendações e tratados internacionais dos quais o Brasil faz parte.²⁵⁰

5.4 Os recursos disponíveis no ordenamento jurídico brasileiro para a mulher vítima de violência obstétrica

A violência obstétrica ofende diretamente os direitos da mulher, provocando uma série de danos físicos, psicológicos e sexuais às parturientes, muitas vezes irreversíveis. A gestante, como um sujeito de direitos, possui uma série de prerrogativas que garantem a sua autonomia e as protegem de toda e qualquer forma de discriminação.

O princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, Constituição da República Federativa do Brasil - CRFB/88), o princípio da igualdade (art. 5º, I, CRFB/88); o princípio da legalidade (art. 5º, II, CRFB/88); e ainda o direito a proteção à vida e a saúde são direitos irrevogáveis de qualquer indivíduo.²⁵¹ Contudo, em relação à mulher gestante, verifica-se que muitas vezes essas prerrogativas são copiosamente desconsideradas, uma vez que uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica, conforme pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo.

Dessa forma, é importante salientar que ainda que o Brasil não possua uma legislação específica sobre a temática ora discutida, os aplicadores do direito detêm inúmeros mecanismos capazes de punir a prática da violência obstétrica, especialmente por se tratar de uma grave violação aos princípios e direitos basilares de um Estado Democrático de Direito.

Inicialmente, cabe realizar uma análise sobre as consequências da prática da violência obstétrica na esfera do direito civil. Nos dizeres de Sérgio Cavalieri Filho, a

²⁴⁹ Ibid., p. 10.

²⁵⁰ WYLLYS, 2014, p. 20.

²⁵¹ BRASIL, 1988.

responsabilidade civil está intimamente ligada a uma ideia de desvio de conduta, dessa forma, é possível afirmar que onde houver violação a um dever jurídico e consequentemente prejuízo a outrem, haverá uma fonte geradora de responsabilidade. O autor afirma que “a responsabilidade civil é um dever jurídico sucessivo que surge para recompor o dano decorrente da violação de um dever jurídico originário”.²⁵²

Assim sendo, verifica-se uma necessidade de restituir a vítima, tanto quanto possível, ao estado em que a mesma se encontrava antes do fato que resultou no dano e isso se concretiza por meio de uma indenização estabelecida proporcionalmente ao ato ilícito praticado. Consoante à essa questão, o Código Civil (CC)/2002 em seu artigo 944 é bem claro ao dispor: “a indenização mede-se pela extensão do dano”.²⁵³

A responsabilidade civil se classifica em responsabilidade civil subjetiva e responsabilidade civil objetiva. No que se refere à responsabilidade subjetiva, Roberto Veloso e Maiane Serra explicam:

A responsabilidade civil subjetiva decorre de dano causado em função de um ato doloso ou culposos. A culpa, nesse sentido, é o principal pressuposto para a caracterização dessa modalidade de responsabilidade, em que o agente causador do dano atua com negligência, imprudência ou imperícia, conforme se pode extrair do art. 186 do Código Civil de 2002, doravante CC/2002.²⁵⁴

Para se constatar a responsabilidade civil subjetiva dos profissionais da saúde deve-se comprovar a existência da culpa, ou seja, só haverá responsabilização se for verificado que os agentes tenham agido com negligência, imprudência ou imperícia, conforme preconiza o artigo 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação da culpa”.²⁵⁵ Nessa diretriz, o artigo 951 do Código Civil de 2002 assevera que:

Art. 951: O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho.²⁵⁶

Importante destacar que, nos termos do artigo 186 do Código Civil, ainda que o dano causado seja considerado exclusivamente moral, será responsabilizada a pessoa que

²⁵² CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2014. p. 14.

²⁵³ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

²⁵⁴ VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 18-37, jan. 2016. p. 22.

²⁵⁵ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

²⁵⁶ *Ib.*, 2002, não paginado.

violar direito ou causar prejuízos a terceiros. Entende-se por dano moral aquele que se configura por meio de uma grave ofensa à personalidade do indivíduo ou à dignidade humana.²⁵⁷ Nesse sentido, Yussef Cahali completa:

Com efeito, nossos tribunais, mais recentemente, tendem a identificar o dano moral especialmente nos efeitos dolorosos da lesão causada pelo ato ilícito, no sofrimento pessoal, na dor-sentimento, nos seus reflexos de ordem psíquica e no próprio esquema de vida, com alterações substanciais, seja no âmbito do exercício de atividades profissionais como nas simples relações do cotidiano relacionamento social.²⁵⁸

Segundo o autor, a jurisprudência recente tende a considerar o dano moral mesmo diante de uma simples sensação de angústia ou de desordem psicológica.²⁵⁹ É o que demonstra a seguir:

Apelação cível. Responsabilidade civil do Estado. Omissão. Prestação de serviço médico. Negligência dos servidores. Dever de indenizar. Recurso parcialmente provido. **O mau atendimento prestado pelos servidores públicos durante o atendimento médico de gestante em trabalho de parto, a qual foi objeto de piadas e brincadeiras por parte dos atendentes, é suficiente para configurar dano moral indenizável.** A omissão do município em realizar partos na localidade, com a necessidade de encaminhamento a outra cidade, é capaz de gerar o dever de indenizar, quando presente a prova do dano, da omissão na prestação de um serviço público, nexos de causalidade e culpa do serviço, uma vez que se trata de responsabilidade subjetiva, consubstanciada na teoria da culpa administrativa. Recurso parcialmente provido a fim de condenar o apelado ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 30.000,00.²⁶⁰

Ademais, a jurisprudência brasileira também já vem se posicionando acerca da responsabilidade civil subjetiva dos médicos em casos de violência praticada contra as mulheres no momento do parto. É o que se demonstra a seguir:

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MATERIAIS E MORAIS. LUCROS CESSANTES. PARTO NORMAL. EPISIOTOMIA. LASCERAÇÃO PERINAL DE 4º GRAU. SUTURA DESCONTROLE NA ELIMINAÇÃO DE DEJETOS. INSUCESSO NA TENTATIVA DE CORREÇÃO. DANOS EVIDENTES. ERRO GROSSEIRO. IMPERÍCIA. NEGLIGÊNCIA. NEXO CAUSAL. CULPA RECONHECIDA. DEVER DE INDENIZAR. **1. Responsabilidade do médico: A relação de causalidade é verificada em toda ação do requerido, evidente o desencadeamento entre o parto, a alta premature e os danos físicos e morais, causando situação deplorável à apelante, originada de dilaceração perinal de 4º grau. Configurado erro grosseiro, injustificável, com resultado nefasto, o qual teve por causa a imprudência e negligência do requerido. Dever de indenizar.**

2. Danos morais: evidentes, procedimento realizado de forma a técnica, causando sofrimento físico e moral, constrangimento, humilhação, angústia, impossibilidade de levar uma vida normal, desemprego, alto estresse familiar. Procedência. 3. Danos materiais: comprovados através de recibos e notas fiscais. Procedência. 4.

²⁵⁷ CAVARIELI, 2014.

²⁵⁸ CAHALI, Yussef Said. **Dano moral**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 185.

²⁵⁹ CAHALI, 2011.

²⁶⁰ RORAIMA. Tribunal De Justiça. Apelação nº 00169706020088220017 RO 0016970-60.2008.822.0017. 2ª Câmara Especial. Relator: Desembargador Walter Waltenberg Silva Junior. Boa Vista, 24 de julho de 2012. **Diário Oficial**, Boa Vista, 31 jul. 2012. Disponível em: <<https://tj-ro.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/295304625/apelacao-apl-169706020088220017-ro-0016970-6020088220017/inteiro-teor-295304637>>. Acesso em: 10 maio 2017.

Pensionamento: paralisação da atividade produtiva da vítima, enquanto perdurou o tratamento para reconstrução do períneo. Parcial procedência. DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO APELO.²⁶¹

Em casos como esse, resta definida a responsabilidade subjetiva do médico, bem como o dever de indenizar a vítima a título de danos morais e materiais, tendo em vista que além de todo o constrangimento e humilhação sofridos pela parturiente, esta precisou interromper a sua atividade laboral até o final de seu tratamento.

Já em relação à responsabilidade objetiva, isto é, aquela que independe de manifestação de culpa na conduta do agente, o Código Civil/2002 dispõe em seu art. 927: “haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem”.²⁶²

Dessa forma, percebe-se que nos termos do ordenamento jurídico brasileiro, para que seja caracterizada a responsabilidade civil objetiva é necessário apenas a existência de nexos causal entre o dano e a conduta do agente causador do ato ilícito, para que dessa forma surja a obrigação de reparar os danos.²⁶³ A culpa poderá ou não existir, contudo sempre será insignificante para a caracterização do dever de indenizar.

Segundo Sérgio Cavalieri Filho, a responsabilidade objetiva domina todas as relações entre o grupo e o indivíduo – Estado, empresas, fornecedores de produto, etc.²⁶⁴ Sendo assim, no que concerne à prática da violência obstétrica, a responsabilidade civil objetiva não se estende aos profissionais liberais, apenas aos hospitais e clínicas que prestam serviços, em atenção ao artigo 923, III do CC/2002: “São também responsáveis pela reparação civil: III – o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele”.²⁶⁵ Nesse contexto, o artigo 43 completa: “As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvando direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo.”²⁶⁶

²⁶¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo de Instrumento nº 810354 RS. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF, 15 de dezembro de 2010. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, 4 jan. 2011. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/18006554/agravo-de-instrumento-ai-810354-rs-stf>>. Acesso em: 2 maio 2017. Grifo nosso.

²⁶² BRASIL, 2002, não paginado.

²⁶³ VELOSO; SERRA, 2016.

²⁶⁴ CAVALIERI FILHO, 2014.

²⁶⁵ BRASIL, op. cit., não paginado.

²⁶⁶ Ibid.

Com base no artigo acima citado, salienta-se que para que seja caracterizada a responsabilidade do Estado, é necessário que o cargo, a função ou a atividade administrativa tenha sido a oportunidade para a prática do ato ilícito.

Nessa linha, verifica-se que a jurisprudência também já vem se manifestando acerca da responsabilidade civil do Estado. É o que se confirma a seguir:

DUAS APELAÇÕES CÍVEIS. ALEGAÇÃO DE ERRO MÉDICO DURANTE O PARTO. LESÃO DE CARÁTER IRREVERSÍVEL SOFRIDA PELA NEONATA (PARALISIA PARCIAL DO PLEXO BRANQUIAL ESQUERDO). **RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA COM FULCRO NO ART. 37, § 6º, DA CRFB/88.** AUTORA GRACIELE QUE, APÓS PEREGRINAR POR TRÊS HOSPITAIS PÚBLICOS, FINALMENTE OBTVEU INTERNAÇÃO NO HOSPITAL ALEXANDER FLEMING, ONDE, APÓS 48 HORAS DO INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO, DEU À LUZ À MENOR AMANDA. AUTORAS QUE ALEGAM QUE A TÉCNICA UTILIZADA DURANTE O PARTO (MANOBRA DE KRISTELLER PARTO DISTÓICO) NÃO FOI A ADEQUADA PARA O CASO, A PAR DE ADUZIREM QUE O PROCEDIMENTO FOI REALIZADO POR ENFERMEIRO SEM APTIDÃO TÉCNICA PARA TAL, MOTIVOS PELOS QUAIS A MENOR FICOU COM SEQUELAS PERMANENTES. (RIO DE JANEIRO).²⁶⁷

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. CONSTITUCIONAL. AGRAVO RETIDO. NÃO CONHECIMENTO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. MODIFICAÇÃO DA MODALIDADE DE PARTO, DE CESÁREA PARA PARTO NORMAL FORÇADO (À FÓRCEPS E MEDIANTE A UTILIZAÇÃO DA "MANOBRA KRISTELLER"). NASCIMENTO DE CRIANÇA COM SEQUELAS. DISTÓCIA DE OMBRO. LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL. **RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO ESTADO. TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO.** PRESENÇA DOS PRESSUPOSTOS. DANO MORAL CONFIGURADO. DANO ESTÉTICO. INCLUSÃO NO CONCEITO GERAL DE DANO MORAL. QUANTUM. OBEDIÊNCIA AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE. ADSTRIÇÃO À NORMATIVA DA EFETIVA EXTENSÃO DO DANO (CC, ART. 944). SENTENÇA MANTIDA.²⁶⁸

A manobra de Kristeller, como já estudado, configura uma prática extremamente prejudicial e ineficaz para a saúde da mãe e do bebê, sendo vedada inclusive pelo próprio sistema público. Dessa forma, entende-se que o dano é concretizado no momento em que o procedimento é empregado na paciente, cabendo portando, indenização à vítima.

A prática da violência obstétrica acarreta responsabilização também na esfera penal. Os agentes da saúde no exercício de sua profissão podem ser responsabilizados por homicídio, lesão corporal, constrangimento ilegal, ameaça, maus-tratos, calúnia, difamação e injúria.

²⁶⁷ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Reexame Necessário nº 03542640820088190001 RJ 0354264-08.2008.8.19.0001. Relator: Desembargador Juarez Fernandes Folhes. Rio de Janeiro, 06 de março de 2013. Disponível em: <<https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/117413403/apelacao-reexame-necessario-reex-3542640820088190001-rj-0354264-0820088190001?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 2 maio 2017.

²⁶⁸ DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 20040111065442 DF 0019786-22.2004.8.07.0001. Relator: Desembargador Alfeu Machado. Brasília, DF, 29 de janeiro de 2014. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, 3 fev. 2014. p. 79, grifo nosso.

O homicídio simples, disposto no artigo 121 do Código Penal (CP), prevê pena de 6 a 20 anos para o agente criminoso.²⁶⁹ Em casos que resultem na morte de um paciente, considera-se dolo não apenas a vontade de cometer o crime (dolo direto), mas também as condutas em que o agente assume o risco de produzi-lo, mesmo que não haja intenção (dolo eventual). Nesse sentido, Roberto Veloso e Maiane Serra afirmam que na “prática médica, o dolo eventual é caracterizado quando há imprudência e negligência que são condutas graves, e, portanto, não pode ser aplicada a pena reduzida do crime culposo”.²⁷⁰

A lesão corporal, prevista no artigo 129 do Código Penal também merece destaque dentre as práticas de violência obstétrica: “Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano.”²⁷¹

Sendo assim, práticas rotineiras como é o caso da episiotomia sem consentimento e sem necessidade, devem ser enquadradas nessa conduta, tendo em vista que podem acarretar graves danos à saúde sexual e reprodutiva da mulher. Importante ressaltar ainda que de acordo com o mesmo dispositivo, a aceleração do parto é considerada lesão corporal de natureza grave podendo resultar em uma pena que varia de um a cinco anos de reclusão.

Além dos diversos relatos de constrangimento ilegal (artigo 146, CP), de ameaças visando intimidar e amedrontar a mulher mediante promessas de causar-lhe algum mal injusto ou grave (artigo 147, CP) e de maus tratos, as parturientes frequentemente são vítimas de calúnia, difamação e injúria, tipificadas nos artigos 138, 139 e 140 do Código Penal, respectivamente:

Art. 138 - Caluniar alguém, imputando-lhe falsamente fato definido como crime:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 139 - Difamar alguém, imputando-lhe fato ofensivo à sua reputação:

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa.

Art. 140 - Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.²⁷²

Dessa maneira, torna-se possível perceber de um modo mais preciso como as diversas condutas caracterizadoras da violência obstétrica podem se enquadrar nos tipos penais ora discutidos. Nesse panorama, decisões no sentido de proteger os direitos das parturientes já são consideradas uma realidade nos tribunais brasileiros, não só no âmbito civil, mas também no âmbito penal, como demonstra a seguinte ementa:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. **Parto normal com episiotomia.** ART. 121, § 3º, DO cp. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (inobservância de regra técnica de profissão). Pena que não

²⁶⁹ BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

²⁷⁰ VELOSO; SERRA, 2016, p. 25.

²⁷¹ BRASIL, 1940, não paginado.

²⁷² Ibid.

merece redimensionamento. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. (TJ/RS, Apelação crime nº: 70053392767, Relatora: DES.^a Lizete Andreis Sebben, 2ª Câmara Criminal, julgado em 14/11/2013).²⁷³

Homicídio culposo – Médico responsável pelos atendimentos de emergência do hospital - Gestante em trabalho de parto – Simples atendimento por telefone – Situação de urgência que exigia o atendimento presencial – Morte da criança recém nascida – Negligência – Caracterização – Condenação mantida. **Homicídio culposo** – Inobservância de regra técnica – Fato que já serviu para determinar a culpa em sentido estrito – Bis in idem – Qualificadora - Inocorrência – Recursos improvidos.²⁷⁴

Para finalizar, no âmbito administrativo, o Código de Ética Médica estabelece que é vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.²⁷⁵

Sendo assim, diante da ausência de uma lei específica que aborde a violência obstétrica enquanto uma modalidade de violência praticada contra a mulher, é de suma importância que o Direito seja utilizado como instrumento nas lutas femininas, visando salvaguardar os direitos fundamentais da mulher fortemente ameaçados, podendo haver aplicações da responsabilidade civil da equipe hospitalar e do Estado, aplicação da lei penal ou ainda aplicação de sanções na esfera administrativa, conforme mencionado.

²⁷³ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Crime: ACR 70053392767 RS. Segunda Câmara Criminal. Relator: Lizete Andreis Sebben. Brasília, DF, 14 de novembro de 2013. Disponível em: <<https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/113388642/apelacao-crime-acr-70053392767-rs>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

²⁷⁴ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação nº 00043000520078260246 SP 0004300-05.2007.8.26.0246. Relator: Desembargador Alexandre Almeida. São Paulo, 16 de dezembro de 2015. Disponível em: <<https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/271196539/apelacao-apl-43000520078260246-sp-0004300-0520078260246/inteiro-teor-271196567?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 2 maio 2017.

²⁷⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 1.931/09. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2017.

5.5 Tratamento legal dado à violência obstétrica em países latino-americanos: a experiência da Argentina e da Venezuela

Para facilitar a percepção acerca da importância do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e da luta contra a violência obstétrica, é necessário fazer uma breve análise de como esta modalidade de agressão é abordada no direito estrangeiro. A Argentina e a Venezuela foram os primeiros países latino-americanos a tornar a violência obstétrica objeto de lei.

5.5.1 Tratamento legal na Argentina

Em 2009, o governo argentino apresentou a Lei nº 2.485, intitulada como “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.²⁷⁶ Foi uma das primeiras leis da América Latina a abordar a violência obstétrica como modalidade de violência contra a mulher. O artigo 6º da lei em comento dispõe:

Art. 6º. Modalidades. Pelos efeitos desta Lei, entende-se por modalidades as formas em que se manifestas os diferentes tipos de violência contra as mulheres, em diferentes âmbitos, ficando especialmente comprendidas as seguintes:

[...]

e) violência obstétrica: aquela exercida pelos profissionais de saúde no corpo e nos processos reprodutivos das mulheres, expressada através de um tratamento desumano, abuso de medicamentos e pela consideração de anormalidade de procedimentos reconhecidamente naturais, em conjunto com a determinação da Lei 25.929.²⁷⁷

Contudo, para fins de melhor entendimento acerca do assunto, cabe antes fazer uma análise da Lei nº 25.929, promulgada em 2004, conhecida também como Lei do Parto Humanizado, que estabeleceu os direitos dos pais e filhos durante o processo de nascimento.²⁷⁸

Muito embora a referida lei não tenha entrado no mérito de conceituação do termo “violência obstétrica”, ela inovou ao especificar de maneira detalhada e cuidadosa os direitos das parturientes, quais sejam: de ser informada sobre as intervenções médicas que possam ocorrer durante os processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem

²⁷⁶ ARGENTINA, 2009, p. 1.

²⁷⁷ Ibid., p. 2.

²⁷⁸ Ib. Lei nº 25.929, de 17 de setembro de 2004. de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado. Disponível em: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf>. Acesso em 05 jun. 2017.

diferentes alternativas; b) de ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, que lhe garanta a intimidade durante o processo e leve em consideração seus padrões culturais; c) de ser considerada pessoa sã, de modo que facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto; d) ao parto natural, com respeito aos tempos biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e ministração de medicação que não estejam justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou da criança; e) a ser informada sobre a evolução de seu parto, o estado da criança e que participe das diferentes ações dos profissionais; f) a não ser submetida a nenhum exame de intervenção cujo propósito seja de investigação, salvo consentimento manifestado por escrito, devidamente protocolado e aprovado pelo Comitê de Bioética; g) de estar acompanhada de uma pessoa de sua confiança durante todos os avanços do parto; h) de ter a criança consigo durante a permanência no estabelecimento sanitário, desde que o bebê não requeira cuidados especiais; i) a ser informada dos benefícios do aleitamento materno e receber apoio para amamentar; j) receber informações sobre os cuidados de si e da criança; k) ser informada sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas sobre a criança e sobre si.²⁷⁹

Vale ainda destacar que nos termos do artigo 6º da referida lei, o descumprimento das obrigações previstas em seu texto enseja falta grave, podendo ocasionar inclusive responsabilidade civil e penal do sujeito que violar os direitos da gestante no momento da parturição.

Retomando a análise da Lei nº 26.485/2009, Jaqueline Arsie assevera que com o objetivo de impedir a permanência e o crescimento dessa modalidade de agressão, o dispositivo determina “que os três poderes do Estado – Legislativo, Executivo e Judiciário – adotem medidas necessárias a garantir o pleno respeito ao direito constitucional de igualdade entre mulheres e homens, estabelecendo, para tanto, preceitos orientadores”.²⁸⁰

A lei ainda ressalta a importância da criação do “Observatório de Violência Contra a Mulher”, visando principalmente monitorar, recolher, registrar e informatizar informações relativas à violência praticada contra as mulheres e dessa forma, facilitar a implantação de políticas públicas visando principalmente a erradicação de toda e qualquer violência praticada contra pessoas do sexo feminino.²⁸¹ Dessa forma, é possível perceber que

²⁷⁹ ARGENTINA, 2004.

²⁸⁰ ARSIE, 2015, p. 55.

²⁸¹ PIRES, Kelly da Silva; SOUSA, Wanderson Kleyton Barbosa de; CUTRIM, Felipe Jansen. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise dos estatutos jurídicos de proteção à mulher gestante no país e no Direito Comparado**. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/54353/violencia-obstetrica-no-brasil-uma-analise-dos-estatutos-juridicos-de-protecao-a-mulher-gestante-no-pais-e-no-direito-comparado>>. Acesso em: 3 jun. 2017.

a legislação argentina se preocupou em resguardar todos os direitos das mulheres, buscando principalmente formas de protegê-las das mais variadas formas de violência, inclusive da violência obstétrica, que vem se tornando cada vez mais comum.²⁸²

5.5.2 Tratamento legal na Venezuela

A Venezuela também reconheceu a violência obstétrica como crime através da “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violência”, promulgada em 2007.²⁸³ A lei venezuelana se apresenta com um diferencial em relação à lei argentina, por se tratar de um dispositivo mais denso e mais claro “em relação à configuração dos delitos e possíveis punições, inclusive delimitando os pormenores das denúncias”.²⁸⁴

O principal objetivo da lei, conforme expresso no artigo 1º é:

Garantir e promover o direito das mulheres a uma vida livre de violência, criando condições para prevenir, atender, punir e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas formas e âmbitos, motivando mudanças nos padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de gênero e as relações de poder sobre as mulheres, para favorecer a construção de uma sociedade justa, democrática, participativa, paritária e protagonista.²⁸⁵

O artigo 15 da lei em questão traz em seu texto a definição de várias modalidades de violência praticada contra a mulher e conceituou a violência obstétrica como:

[...] a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se manifesta através de um tratamento desumano, abuso de medicação e patologização de processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.²⁸⁶

Ademais, além da caracterização do termo, a lei ainda dispõe em seu artigo 51 os atos que constituem os delitos e definiu:

Consideram-se atos constitutivos de violência obstétrica os efetuados por profissional da saúde, consistentes em: 1 – Não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas. 2- Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo meios necessários para a realização do parto vertical. 3- Impedir a permanência do recém-nascido com a mãe, sem causa médica justificada, negando-a a possibilidade de carregá-lo e amamentá-lo imediatamente ao nascer. 4 – Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. 5 – Praticar o parto por via cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.²⁸⁷

²⁸² ARSIE, op. ci.

²⁸³ VENEZUELA, 2007.

²⁸⁴ ARSIE, 2015, p. 57.

²⁸⁵ VENEZUELA, op. cit., p. 15.

²⁸⁶ Ibid., p. 30.

²⁸⁷ Ibid., p. 52-53.

Ainda no artigo 51, legislador garantiu ainda punição através de pagamento de indenização à vítima para os profissionais que cometerem alguma agressão contra mulheres gestantes no momento do parto:

Em tais casos, o tribunal deve impor ao responsável ou a responsável uma multa duzentas e cinquenta (250 U.T.) a quinhentas unidades tributárias (500 U.T.), devendo remitir cópia autenticada da sentença condenatória ao respectivo colégio ou instituição profissional, para efeitos de procedimento disciplinar correspondente.²⁸⁸

Salienta-se que a obrigação de indenizar se estende aos herdeiros em casos de morte da mãe decorrência dos maus-tratos sofridos no parto.²⁸⁹

Por fim, resta salientar que o Capítulo IV da “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violência” está voltado especificamente para as políticas públicas de atenção e proteção das mulheres, visando orientar as ações responsáveis por assegurar o direito e garantias destacados na lei. O artigo 18 assevera que o Estado e a sociedade são corresponsáveis para garantir a execução de tais políticas que serão formuladas pelo “Instituto Nacional de La Mujer”.²⁹⁰

Sendo assim, compreende-se que tanto a legislação argentina quanto a venezuelana apresentam muitas semelhanças entre si, principalmente no que tange ao reconhecimento da violência obstétrica como um ato criminoso e recorrente e que merece ser combatida no domínio hospitalar, tendo como principal objetivo a conscientização dos profissionais da saúde e da própria sociedade. Para Jaqueline Arsie, “independente do meio adotado, o apreço por esses países exsurge simplesmente por terem voltado atenção a um tema que, embora aja sorrateiramente, está ecoando cada vez mais no cotidiano das mulheres brasileiras”.²⁹¹

²⁸⁸ Ibid., p. 53.

²⁸⁹ PIRES; SOUSA; CUTRIM, 2016.

²⁹⁰ VENEZUELA, op. cit.

²⁹¹ ARSIE, 2015, p. 60.

6 CONCLUSÃO

Nesse panorama, diante do exposto percebe-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública complexo e multifatorial, de crescente importância e de grande influência sobre a saúde de mães e nascidos, contudo ainda difícil de ser compreendido pelas mulheres, por se tratar de uma prática silenciosa e institucional.

Infelizmente o parto ainda não é entendido como um evento sexual, pessoal e profundo na vida de uma mulher, mas sim como um evento médico, dominado pelo capital e pelas tecnologias e marcado fortemente pela presença masculina.

Além de violar a integridade física da mulher e ser um verdadeiro impedimento à efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana, a violência obstétrica se apropria e fere diretamente os direitos reprodutivos e sexuais da mulher, bem como o seu direito de livre escolha e direito de decidir sobre o seu próprio corpo, apresentando-se como uma incontestável ofensa a todo o conjunto de prerrogativas que lhe protegem.

A luta das mulheres pelo direito a um parto humanizado e seguro ensejou uma série de discussões acerca da violência obstétrica dando uma maior visibilidade ao problema e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias. O projeto de Lei nº 7.633/2014 visa basicamente garantir os direitos da mulher durante a gestação e o parto – inclusive nos casos de aborto – e as obrigações dos profissionais da saúde, contudo o projeto por si só não será capaz de modificar toda a dinâmica da assistência ao parto no Brasil.

Primeiramente é imprescindível que haja uma conscientização da própria sociedade, em especial das mulheres, para que estas deixem de encarar como “naturais” procedimentos desnecessários e invasivos, apenas por estarem diante de uma relação de poder com o seu médico. A maior estratégia e ferramenta para transmitir informações atualmente é a internet. As redes sociais permitem que o usuário não seja apenas um receptor passivo da informação e sim interaja ativamente com ela, inclusive produzindo-a. O acesso das mulheres ao mundo digital tem sido a “mola propulsora” para o emponderamento feminino e esse emponderamento é a questão central para o combate e prevenção da violência obstétrica.

O Projeto de Lei nº 7.633/2014, também ressalta a importância do direito que a mulher tem de decidir e entender sobre os procedimentos de pré-parto, parto e puerpério. Como foi analisado no presente trabalho, o legislador se preocupou em garantir a elaboração de um Plano Individual de Parto para todas as gestantes, no qual as mesmas poderão indicar

as suas exigências, sendo que todas as alterações realizadas pelos médicos devem ser prontamente justificadas e registradas no prontuário das pacientes.

Desta forma, percebe-se que, para que a vontade da parturiente seja desconsiderada, é imprescindível a demonstração da existência de riscos concretos para o direito à vida ou à saúde do próprio nascituro, de tal forma que não possam ser evitados por outro meio. Contudo, é claro que essa intervenção deve estar pautada na proporcionalidade do risco enfrentado, de modo que não ocorram abusos ou excessos através dos procedimentos escolhidos.

Ademais, o próprio projeto de lei ora discutido além de incentivar o maior acesso à informação por parte das mulheres, foca em promover uma conscientização dos próprios profissionais da saúde ligados à saúde materna e do recém-nascido e principalmente dos profissionais ainda em formação. Sabe-se que a violência obstétrica é caracterizada como uma forma de violência contra a mulher, reproduzida pelos profissionais que se apropriam do seu corpo, impedindo-a de se tornar protagonista do seu próprio parto, seja pela ideia tradicional de fragilidade do feminino ou pela preferência por técnicas que enaltecem os interesses dos hospitais e profissionais.

Assim, diante da vulnerabilidade técnica motivada pela falta de esclarecimentos acerca dos procedimentos, muitas mulheres acabam se submetendo a uma relação de poder perante o seu médico e evitando qualquer tipo de questionamento quanto a decisão do mesmo, especialmente quando existe alguma diferença cultural ou econômica.

A parturiente não pode ser submetida a riscos que não sejam capazes de oferecer benefícios que valham a pena, nem a riscos que possam ser evitados. Não interessa apenas que o profissional da saúde possua boas intenções de não causar danos ao paciente, é necessário também que este evite qualquer situação que seja considerada uma ameaça e se certifique de que o modo de agir é eticamente correto.

Dessa maneira, a intervenção médica só será considerada legítima quando, ainda que haja uma certa ameaça, esta seja superada pelos benefícios que o procedimento possa, concretamente, ocasionar ao paciente.

Da relação entre riscos e vantagens, o objetivo final deverá ser um resultado positivo e a análise do profissional de saúde deve se fundamentar em possibilidades reais, ou seja, naquilo que já se tenha conhecimento, buscando assegurar que a sua atuação é a mais adequada no caso concreto.

Assim sendo, entende-se que sempre há chances de falha no tratamento, tendo em vista que o paciente pode reagir de maneira distinta ao esperado. O que não pode haver é falha

na análise do médico sobre o melhor tratamento que o caso pede, estudando-se riscos e benefícios de todas as alternativas adequadas à hipótese.

É importante ressaltar, todavia, que ainda que um dos princípios basilares da humanização do parto seja justamente priorizar a autonomia da mulher em reger as suas escolhas, de modo que estas prevaleçam sob condições normais, a solução deve ser buscada de maneira diferente se a preferência da parturiente acabar gerando perigo. Em que se pese a ponderação entre o direito à vida e à saúde, resta afirmar que o direito à vida acaba tomando um protagonismo em função de ser primária em relação a todos os demais, visto que sem o direito à vida, nenhum outro direito pode ser exercido.

Em se tratando do nascituro, caso a escolha da parturiente acabe por gerar riscos evitáveis à saúde e à integridade do incapaz, não merece guarida dos profissionais envolvidos ao momento do procedimento cirúrgico, nem mesmo do próprio Estado – o qual tem o dever de agir para salvaguardar a integridade e a saúde do nascituro.

Todas essas questões devem ser previamente ponderadas de acordo com cada caso. O presente trabalho pretendeu demonstrar que em circunstâncias normais, a vontade manifesta da parturiente apenas poderá ser desconsiderada em função de alguma ameaça à vida ou a integridade física, sua ou do nascituro.

A violência obstétrica se concretiza por meio de uma violação aos direitos inerentes à mulher e condiciona uma boa assistência ao parto às excessivas intervenções já superadas e em disparidade com as evidências científicas. Desta forma, a prevenção e a superação desta modalidade de violência contra a mulher exige o comprometimento e atuação de todos os envolvidos com a assistência, por pleitear o esforço fundamental para a incorporação de abordagens inovadoras, como é caso da humanização do parto, garantindo a segurança e os direitos dos pacientes.

A aprovação do Projeto de Lei nº 7.633/2014 é de incalculável relevância para a garantia dos direitos fundamentais da mulher, ao passo que busca impedir a prática da violência obstétrica, apresentando medidas que vão desde a conscientização dos profissionais da saúde em formação até a aplicação de penalidades àqueles que praticarem o ato violento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estímulo ao parto normal:** organizações da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa nº 167, 09 de janeiro de 2008. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/cbm/arquivos/ANS_RN167.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Rol de procedimentos e eventos em saúde:** Resolução Normativa nº 167, de 09 de janeiro de 2008. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Prod_EditorialANS_Rol_de_Procedimentos_e_eventos_em_saude.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 36, 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 15 abr. 2017.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas:** hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALVES, José Eustáquio Diniz; CORREA, Sônia. **Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil:** um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo. Campinas: Abep, 2009.

AMBROZI, Michelle Martins. Violência obstétrica: breve análise do desrespeito às normas constitucionais. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 21, n. 4573, 8 jan. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/45692>>. Acesso em: 15 maio 2017.

AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 47-54, jan. 2008.

AMORIM, Melania. **Cesariana eletiva e aleitamento materno:** revisão sistemática com metanálise. 2012. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/cesariana-eletiva-e-aleitamento-materno.html>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

ANDRADE, Manoela. **Direitos Fundamentais:** conceito e evolução. Disponível em: <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/16010-16011-1-PB.pdf>>. Acesso em 15 maio 2017.

ARGENTINA. Lei nº 25.929, de 17 de setembro de 2004. de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de

Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado. Disponível em:
<http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf>. Acesso em 05 jun. 2017.

ARGENTINA. Lei nº 26.485, de 1º abril de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em:
<http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2017.

ARSIE, Jaqueline Gonçalves. **Violência obstétrica**: uma violação aos direitos fundamentais da mulher. 2015. 95 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ÁVILA, Maria Betânia. **PAISM**: um programa de saúde para o bem estar de gênero. Recife: SOS-Corpo, 1995.

BARBOSA, G. M.; PIMENTA, T. S. O ofício de parteira no Rio de Janeiro Imperial. **Revista de História Regional**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 485-510, 2016.

BEECH, B. L.; WILLINGTON, S. **Listen with mother**. Disponível em:
<<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol19No2/editorial.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. **The New Ourbodies, Ourselves**: a book by and for Women. New York: Touchstone Simon and Schuster, 1996.

BOTTI, Maria Luciana. **Violência Institucional e a assistência às mulheres no parto**. 2013. Disponível em: <<http://sites.unicentro.br/wp/lhag/files/2013/10/Maria-Luciana-Botti.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2017.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Educação. Projeto de Lei nº 7.633, de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5F1ABC7381B1D9519ED69936B1F909EC.proposicoesWebExterno1?codteor=1367030&filename=Tramitacao-PL+7633/2014>. Acesso em: 31 maio 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 3 maio 2017.

_____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 2 mar. 2017.

_____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 2 mar. 2017.

_____. Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9131.htm>. Acesso em: 2 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2005c. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155-neonatologia?download=820:portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html> Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem: seja pai, esteja presente: lei do acompanhante nº 11.108/05**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei nº 6567/2003. Altera o art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=596285>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo de Instrumento nº 810354 RS. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF, 15 de dezembro de 2010. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, 4 jan. 2011. Disponível em:

<<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/18006554/agravo-de-instrumento-ai-810354-rs-stf>>. Acesso em: 2 maio 2017. Grifo nosso.

CAHALI, Yussef Said. **Dano moral**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Requerimento de Apensação nº 6677/2017. Requer a apensação do PL 7.633/2014 ao PL 6.567/2013. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1566985&filena me=Tramitacao-PL+7633/2014>. Acesso em: 2 jun. 2017.

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

CARVALHO, Vanessa Franco de et. al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 572-581, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200572>. Acesso em: 28 maio 2017.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

CENTRAL DA FISIOTERAPIA. **Você sabe o que é assoalho pélvico?** Disponível em: <<http://www.centraldafisioterapia.com.br/dicas-de-saude/voce-sabe-o-que-e-assoalho-pelvico>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **Mulheres sem situação de violência**: guia de serviços. 3. ed. São Paulo, 2002.

COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER; CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLITICAS PÚBLICAS. **Silêncio y complicidad**: violencia contra la Mujer en los servicios públicos de salud en Peru. Lima, 1998.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**: plataforma de Cairo. Cairo, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 1.931/09. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2017.

_____. **O Poder Judiciário na aplicação da Lei Maria da Penha**. Brasília, DF, 2013.

CONVENÇÃO Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”. Belém, 1994. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 20 out 2016.

CONVENÇÃO Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher: Decaw 1979. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

CORDEIRO, Beatriz Coelho Alves. **Violência obstétrica e autonomia existencial: a proteção da autodeterminação da gestante à luz do direito civil-constitucional**. 2016. Disponível em: <http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2016/relatorios_pdf/ccs/DIR/DIR-Beatriz_Cordeiro.pdf>. Acesso em: 12 maio 2017.

CORREA, Sonia. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 10, n. 1/2, 1993. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_1artigo_3_12.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/physis/v6n1-2/08.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

COSTA, Ana Maria. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

DECLARAÇÃO e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em 17 mai. 2017.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 5. ed. Atlas: São Paulo, 2014.

DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, A.S. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprodutiva**, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

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**, v. 25, n. 3, p. 1-8, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

DINIZ, Simone. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina**. Disponível em: <<https://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 20040111065442 DF 0019786-22.2004.8.07.0001. Relator: Desembargador Alfeu Machado. Brasília, DF, 29 de janeiro de 2014. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, 3 fev. 2014. p. 79.

DREZETT, Jefferson. **Mortalidade materna no Brasil: insucesso no cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://recli.elsevier.es/pt/mortalidade-materna-no-brasil-insucesso/articulo/S1413208714000089/#bib0010internetportalne.ws>>. Acesso em: 12 maio 2017.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003>. Acesso em: 23 mar. 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **O que é parto humanizado**. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=8495>> Acesso em: 18 nov. 2016.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo, 2004.

_____. **Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Nova York, 1995. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2017.

GOER, H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **The Journal of Perinatal Education**, Washington, DC, v. 19, n. 3, p. 33-42, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1624/105812410X514413>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

GRUPO CERES. **Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.

GUIA INFANTIL. **Manobra de Kristeller no parto: riscos**. Disponível em: <<https://br.guiainfantil.com/materias/parto/manobra-de-kristeller-no-parto-riscos>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

HANAMI. **História do parto**. [2006]. Disponível em: <<http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/>> Acesso em 21 fev. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA APLICADA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília, DF, 2014.

KREMER, Carla Solange. **Lei do acompanhante no parto: percepção dos acompanhantes e da equipe de enfermagem de um hospital do interior do RS**. 2012. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Univates, Lageado, 2012. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/handle/10737/410>> Acesso em: 15 abr. 2017.

LEONEL, Filipe. **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MÃE SAUDÁVEL. **Manobra de Kristeller: como esse procedimento pode prejudicar a mãe e o bebê**. Disponível em: <<http://www.maesaudavel.com.br/colunistas/priscilla/manobra-de->

kristeller-como-esse-procedimento-pode-prejudicar-a-mae-e-o-bebe/>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MAGIONI, Hemmerson. **Uma visão crítica do parto humanizado**. Disponível em: <<http://institutonascerc.com.br/uma-visao-critica-parto-humanizado/>>. Acesso: 18 fev. 2017.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>> Acesso em: 22 mar. 2017.

MATOS, Greice Carvalho et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, p. 870-878, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3347/5741>>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 61-83, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004>. Acesso em: 8 maio 2017.

MENDES, Valeria. **Grávidas precisam se informar para evitar episiotomia e ponto do marido**. 2014. Disponível em: <<http://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/08/21/noticias-saude,191785/gravidas-precisam-se-informar-para-evitar-episiotomia-desnecessaria-e.shtml>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

MOREIRA, M. F. S.; MARTINS, T. L. T.; FREITAS, V. C. **Direitos reprodutivos, parto e violência contra mulheres**: o que está dentro / fora da educação sexual dos jovens. 2015. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/direitos-reprodutivos_maria-de-fatima-salum.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, n. 25, p. 197-219, 2002. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/viewFile/10588/7878>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2017.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre o parto e o nascimento**. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. **Violência obstétrica**: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da Região Sudeste. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em:

<<http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-26082016-101211/?&lang=br>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

ODM BRASIL. **Objetivo de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 12 maio 2017.

OLIVEIRA, Suely de; RECAMÁN, Marisol; VENTURA, Gustavo. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.

_____. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Genebra, 2014. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. **Clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil**. Disponível em: <<http://reprolineplus.org/system/files/resources/PPH%20Briefing%20%28DCC%29%20-%20Portuguese.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2017.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015a. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. **Declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2015b. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

PEREIRA, Wilza Rocha. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço de saúde que atende à mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PINHEIRO, Pedro. **Parto por cesariana**: vantagens e riscos. 2013. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2013/10/parto-cesariana.html>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

PIOVESAN, Flávia. **Mulher e o debate sobre direitos humanos no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/anexos/15659-15660-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2017.

PIRES, Kelly da Silva; SOUSA, Wanderson Kleyton Barbosa de; CUTRIM, Felipe Jansen. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise dos estatutos jurídicos de proteção à mulher gestante no país e no Direito Comparado**. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/54353/violencia-obstetrica-no-brasil-uma-analise-dos-estatutos-juridicos-de-protecao-a-mulher-gestante-no-pais-e-no-direito-comparado>>. Acesso em: 3 jun. 2017.

PORTAL BRASIL. **Rede Cegonha beneficia mais de 2 milhões de gestantes**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/rede-cegonha-beneficia-mais-de-2-milhoes-de-gestantes>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

PORTO, Giovana Arduim Maia et al. Violência obstétrica e bioética: as obscuridades do parto análise da dicotomia médico X paciente. In: SEMINÁRIO DE DIREITO CIVIL-CONSTITUCIONAL, 3., 2017, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Instituto de Pesquisa e Extensão Perspectiva e Desafios de Humanização do Direito Civil-Constitucional, 2017.

PRATA, K. S et. al. Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 277-286, set./dez. 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6146/4905>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PULEO, Alicia Helda. **Filosofia e gênero: da memória do passado ao projeto do futuro**. Disponível em: <http://www5.uva.es/catedraestudiosgenero/IMG/pdf/filosofia_e_genero.pdf>. Acesso em: 26 maio 2017.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Acompanhante no parto**. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/direito-ao-acompanhante>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. **Violência obstétrica: “parirás com dor”**. [S.l], 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2016.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Crime: ACR 70053392767 RS. Segunda Câmara Criminal. Relator: Lizete Andreis Sebben. Brasília, DF, 14 de novembro de 2013. Disponível em: <<https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/113388642/apelacao-crime-acr-70053392767-rs>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Tribunal de Justiça. Reexame Necessário nº 03542640820088190001 RJ 0354264-08.2008.8.19.0001. Relator: Desembargador Juarez Fernandes Folhes. Rio de Janeiro, 06 de março de 2013. Disponível em: <<https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/117413403/apelacao-reexame-necessario-reex-3542640820088190001-rj-0354264-0820088190001?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 2 maio 2017.

ROCHA, Jaqueline Alvarenga; NOVAES, Paulo Batistuta. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, p. 119-126, mar. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

RODBARD, Ana Cristine. **A violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro**. 2015. 43 f. Projeto de Pesquisa (Graduação) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2015. disponível em: <<http://tcconline.utp.br/media/tcc/2016/02/a-violencia-obstetrica-no-ordenamento-juridico-brasileiro.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

RORAIMA. Tribunal De Justiça. Apelação nº 00169706020088220017 RO 0016970-60.2008.822.0017. 2ª Câmara Especial. Relator: Desembargador Walter Waltenberg Silva Junior. Boa Vista, 24 de julho de 2012. **Diário Oficial**, Boa Vista, 31 jul. 2012. Disponível em: <<https://tj-ro.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/295304625/apelacao-apl-169706020088220017-ro-0016970-6020088220017/inteiro-teor-295304637>>. Acesso em: 10 maio 2017.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/FOLDER_VIOLENCIA_OBSTETRICA.PDF>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SAUAIA, Artenira da Silva Silva; SERRA, Maiana Cibele Mesquita. Uma dor além do parto: Violência Obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 128-147, jan. 2016.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

SOS CORPO. Instituto Feminista para a Democracia. **Quem somos**. Disponível em: <<http://soscorpo.org/quem-somos/>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, DF, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, Karina Junqueira. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiradeSouza.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

STRINGUETO, Katia. **Mudança de hábito**. Disponível em: <<https://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia1.html>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

TEMOS QUE FALAR SOBRE ISSO. **Violência obstétrica**: o que é, como denunciar e declaração da OMS. 2015. Disponível em:
<<https://temosquefalarsobreisso.wordpress.com/2015/05/15/violencia-obstetrica-o-que-e-como-denunciar-e-declaracao-da-oms/>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

THAYER, Millie. Feminismos viajantes: da mulher/corpo à cidadania de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 12, p. 203-249, 1999. Disponível em:
<<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634895>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

THERBORN, G. **Sexo e poder**: a família no mundo 1900-2000. São Paulo: Contexto, 2006.

TUA SAÚDE. **Entenda os riscos da manobra de Kristeller durante o parto**. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/manobra-de-kristeller/>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Especialização em saúde da família**: módulo bioética. São Paulo, 2011. Disponível em:
<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

VASCONCELOS, Desireé Cristina Rodrigues; FORMIGA, Fernanda Fernandes de Oliveira. **Rompendo o silêncio sobre violência obstétrica a partir do caso Alyne Pimentel**. 2016. Disponível em:
<<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/ixsidh/ixsidh/paper/view/4296/1597>>. Acesso em: 16 maio 2017.

VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 18-37, jan. 2016.

VENEZUELA. República Bolivariana de Venezuela. Tribunal Supremo de Justicia. **Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia**. Caracas: Fondo De Población De Las Naciones Unidas, 2007. Disponível em:
<http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2017.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2010.

WACHIRA, Virgínia Kagure. **Direitos reprodutivos e vulnerabilidades obstétricas**: reflexões de literatura. 2014. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em:
<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13552/1/2014_VirginiaKagureWachira.pdf>. Acesso em: 13 maio 2017.

WYLLYS, Jean. Projeto de Lei nº 7633/2014. 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/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em: 16 set. 2016.

ZANETTI, M. R. D. et al. Episiotomia: revendo conceitos. **Fimina**, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

ZASCIURINSKI, Juliana Miranda. **Violência obstétrica**: uma contribuição para o debate acerca do emponderamento feminino. 2015. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf> Acesso em: 14 abr. 2017.

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.