



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ – CCIM**

**CURSO DE DIREITO**

**KAIO LUIS LOPES GUIMARÃES**

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**NO BRASIL**

**Imperatriz**

**2023**



**KAIO LUIS LOPES GUIMARÃES**

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA  
NO BRASIL**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Direito da  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA como  
requisito de elaboração do Trabalho de Conclusão de  
Curso – TCC.

Orientadora: Prof. Dra. Conceição Aparecida Barbosa

**Imperatriz**

**2023**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

GUIMARÃES, KAIO LUIS LOPES.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL  
/ KAIO LUIS LOPES GUIMARÃES. - 2023.

56 f.

Orientador(a): DRA. CONCEIÇÃO APARECIDA BARBOSA.

Monografia (Graduação) - Curso de Direito, Universidade  
Federal do Maranhão, IMPERATRIZ, 2023.

1. ASSISTÊNCIA AO PARTO. 2. LEGISLAÇÃO. 3.  
OBSTETRÍCIA. 4. PARTURIENTES. 5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

I. BARBOSA, DRA. CONCEIÇÃO APARECIDA. II. Título.

KAIO LUIS LOPES GUIMARÃES

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA  
NO BRASIL**

Imperatriz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Conceição Aparecida Barbosa (Orientadora)

Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dr. Thiago Vale Pestana (Examinador 1)

Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula Regina Pereira dos Santos Marques Dias (Examinador 2)

Universidade Federal do Maranhão

## **AGRADECIMENTOS**

A jornada acadêmica é composta por altos e baixos. Felizmente, os momentos prazerosos e que, com carinho, guardarei em minha memória foram predominantes. Devo sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui: na conclusão do curso de Direito e na respectiva consumação do meu maior sonho de menino. Foram muitas as palavras amigas, repletas de carinho e afeto que me ajudaram a nunca fraquejar e persistir em meus muitos objetivos, mantendo-me firme e convicto no sonho de me tornar advogado. De modo especial, agradeço àqueles que, desde a minha infância, não mediram esforços em garantir que eu pudesse estudar nas melhores escolas. Esta incondicional preocupação com a minha educação, desde o princípio, foi crucial para que eu pudesse chegar onde estou hoje. Neste feito, agradeço e agradecerei por toda minha vida aos meus pais, EVANI LOPES BARBOSA GUIMARÃES e JORGE LUIS ALVES GUIMARÃES, sua preocupação, incentivo e, principalmente, o exemplo que vi dentro de casa foram determinantes à minha formação acadêmica. Agradeço a Deus pelos dons que me foram concedidos, pela oportunidade que, ao longo destes cinco anos, surgiram e por ter me guiado ao encontro da minha vocação profissional. Também, é indispensável agradecer a minha professora e orientadora, Dra. CONCEIÇÃO APARECIDA BARBOSA que, a todo momento, esteve disposta a me ajudar na construção deste trabalho acadêmico. Por fim, não poderia deixar de mencionar meus amigos de infância que além de me contemplarem com bons momentos e agradáveis companhias sempre me apoiaram e incentivaram meus passos acadêmicos. A todos, meus sinceros agradecimentos.

*“Jamais desista das pessoas que ama. Jamais desista de ser feliz. Lute sempre pelos seus sonhos. Seja profundamente apaixonado pela vida. Pois a vida é um espetáculo imperdível.” (Augusto Cury)*

## RESUMO

Esta monografia tem como objetivo central entender como ocorre a violência obstétrica e qual o tratamento jurídico pertinente às situações de ocorrência desta forma de violência de gênero. A pesquisa, de caráter qualitativo, parte da perspectiva metodológica bibliográfica, utilizando-se de artigos científicos, legislação e revisão da literatura, com a finalidade de entender a forma como ocorre a assistência ao parto no Brasil, observar sua perspectiva histórica, compreender o conceito de violência obstétrica, destacar a pretensão de institucionalização desta forma de violência por parte dos profissionais que realizam a assistência ao parto e apontar de que forma o ordenamento jurídico brasileiro tem lidado com tal problemática. Percebeu-se, por fim, que a violência obstétrica é praticada nos hospitais brasileiros, pertencentes tanto à rede de saúde pública quanto privada, vitimando um grande número de parturientes, independentemente de sua idade, classe social ou raça, indicando, portanto, que todas as mulheres são sujeitas a esta forma de violência. Além disso, evidenciou-se que um dos óbices ao combate desta forma de violência é a fragilidade da legislação vigente que até então não realizou a tipificação da conduta.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica. Parturientes. Legislação. Assistência ao parto. Obstetrícia.

## **ABSTRACT**

This monograph's central objective is to understand how obstetric violence occurs and what legal treatment is relevant to situations in which this form of gender violence occurs. The research, of a qualitative nature, starts from a bibliographical methodological perspective, using scientific articles, legislation and literature review with the purpose of understanding the way in which childbirth care occurs in Brazil, observing its historical perspective, understanding the concept of obstetric violence, highlight the intention of institutionalizing this form of violence on the part of professionals who provide birth care and point out how the Brazilian Legal System has dealt with this problem. Finally, it was noticed that obstetric violence is practiced in Brazilian hospitals, belonging to both the public and private health networks, victimizing a large number of women in labor, regardless of their age, social class or race, indicating, therefore, that all women are subject to this form of violence. Furthermore, it became clear that one of the obstacles to combating this form of violence is the fragility of the current legislation, which has not yet typified the conduct.

**Keywords:** Obstetric Violence. Parturients. Legislation. Birth assistance. Obstetrics.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	09
2. BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PARTO NO BRASIL.....	12
3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS E FORMAS .....	19
3.1- CONCEITOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	19
3.2- FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	24
3.2.1- VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FÍSICA.....	25
3.2.2- VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VERBAL OU PSICOLÓGICA.....	29
3.2.3- VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEXUAL.....	31
4. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	32
5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DIREITO E LEGISLAÇÃO.....	42
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	50
REFERÊNCIAS.....	52
GLOSSÁRIO.....	56

## 1. INTRODUÇÃO

Conforme a conceituação dada por Zanardo *et al* (2017, p.06), violência obstétrica está atrelada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias. Com efeito, faz parte da violência institucional, exercida pelos serviços de saúde, e se caracteriza por negligência e maus-tratos dos profissionais contra as usuárias, incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação em busca dos serviços de saúde e aceleração do parto para liberação de leitos.

Nesta senda, é numericamente registrada através de pesquisas que serão foram apresentadas ao longo deste trabalho acadêmico a pretensão de institucionalização pela medicina contemporânea das muitas práticas compreendidas como violência obstétrica, haja vista que muitos profissionais responsáveis pela assistência das parturientes, durante os períodos pré-natal, parto, no puerpério e em situações de abortamento, criminosos ou espontâneos, tentam tornar padrão as condutas típicas desta forma de violência.

Conforme expôs Venturi (2019, p. 174), 25%, ou seja, uma em cada quatro parturientes, no Brasil, sofre alguma forma de violência obstétrica. Ademais, nos últimos anos, inúmeras denúncias e registros de violência obstétrica foram veiculados na mídia, tornando ainda mais atual o debate sobre a problemática. Nesse ínterim, a presente pesquisa se mostra de grande valia e muito necessária, posto que o tema em destaque é ainda pouco debatido e visto como um grande tabu pela própria medicina contemporânea, que tenta negar-lhe existência (Macedo, 2013, p. 53).

Com efeito, frisa-se que a tentativa de institucionalização da violência obstétrica é tão nítida a ponto de, no ano de 2019, o Ministério da Saúde (MS) ter proposto a abolição do uso da expressão “violência obstétrica”, por considerá-la imprópria e ofensiva aos profissionais da obstetrícia (Rodrigues, 2022).

É neste contexto fatídico, sendo perceptível que a comunidade médica, compreendendo médicos obstetras e demais profissionais que realizam a assistência ao parto, tenta negar a existência desta forma de violência de gênero e institucionalizar determinadas práticas, embora prejudiciais às parturientes e aos neonatos, é que urge a pesquisa acadêmica em apreço, intitulada “A institucionalização da violência obstétrica no Brasil”.

Outrossim, a ausência de legislação penal que, efetivamente, torne um crime a prática da violência obstétrica ocorrida em território brasileiro é fator que assevera, ainda mais, a problemática em análise, haja vista que retarda, em determinados pontos, o combate desta forma de violência de gênero, posto que a ausência ou inconsistência da punibilidade dos agentes praticantes das condutas reprováveis dá liberdade para que continuem reproduzindo determinados comportamentos.

Flagrante a institucionalização da violência obstétrica no Brasil, bem como a fragilidade da legislação concernente à penalidade, urge que o debate sobre a temática ocorra em âmbito nacional, a fim de que seja dirigida a devida atenção dos poderes públicos à problemática e, respectivamente, seja tipificada pela legislação vigente, identificando as condutas componentes do tipo penal e as punições aos agentes praticantes.

A temática central, “violência obstétrica”, chamou muito minha atenção desde os períodos iniciais da minha formação acadêmica. Tive a felicidade de assistir a uma palestra sobre o tema, ocasião na qual pela primeira vez conheci essa forma de violência.

Entende-se por pertinente, cada vez mais, debates e pesquisas sobre o tema, visto que muitos brasileiros, inclusive grande parte das mulheres, ainda não reconhecem como forma de violência os maus tratos e desrespeito a que são submetidas em algum estágio da gravidez, durante o parto ou no período puerperal.

Com efeito, para a construção do presente Trabalho de Conclusão de Curso, o primeiro capítulo estruturou-se, fazendo uma análise da contextualização histórica da assistência ao parto no Brasil, identificando-se marcos importantes, desde o aperfeiçoamento da medicina obstétrica, que contribuiu com a redução maciça dos partos realizados sob supervisão de parteiras, posto o respectivo aumento dos partos hospitalares que passaram a ser realizados, prioritariamente, por médicos obstetras.

Em seguida, foram apresentados os conceitos conferidos à “violência obstétrica”, identificando-se os principais traços desse tipo de violência de gênero. Para tanto, foi indicada existência das modalidades de violência física, verbal ou psicológica e sexual, sendo pontuadas as práticas caracterizadoras de cada uma.

No terceiro capítulo, nomeado “A institucionalização da violência obstétrica”, com fundamentado em pesquisas científicas de autores contemporâneos, demonstrou-se que,

de fato, há a pretensão por parte da medicina hodierna de tornar padrão (institucionalizar) inúmeras condutas que são declaradas inapropriadas ou prejudiciais à saúde física e mental das parturientes e neonatos.

Em seguida, no quarto capítulo, abordaram-se questões de direito, identificando-se a legislação vigente, com a pretensão de evidenciar os inúmeros direitos violados em situações de ocorrência da violência obstétrica, consoante a aplicação de dispositivos legislativos brasileiros. Nesse ínterim, demonstrou-se que, atualmente, a fragilidade legislativa concernente à repreensão e punição dos casos desta forma de violência é fator preocupante e retarda o combate da problemática.

Finalmente, o quinto capítulo apresentou algumas considerações sobre o tema que foram alcançadas a partir da leitura e reflexão sobre tal problemática.

## 2. BREVE HISTÓRIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PARTO NO BRASIL

Retroagindo ao século XIX, observa-se importante avanço na medicina daquela época. Ocorre que se popularizou, nas Universidades da Europa, a preocupação em ensinar e aprender as práticas obstétricas. De tal modo, a medicina obstétrica foi criada, sendo um ramo voltado ao cuidado e tratamento das mulheres que se encontravam gestante.

O desenvolvimento deste ramo da medicina representou o momento em que a mulher passou a se tornar alvo do interesse médico, bem como representou espécie de ruptura da estrutura tripartite da medicina, já que a obstetrícia é um ramo específico, de tal modo que não pode prescindir da associação entre a clínica e a cirurgia (Martins, 2004, p.99):

A estrutura tripartite da medicina era regulamentada através das associações dos físicos, dos cirurgiões e dos boticários, mas na prática muitos cirurgiões e boticários atuavam como médicos, atendendo pessoas que não podiam arcar com os valores das consultas dos físicos, a elite formada pelas tradicionais universidades europeias.

Já no final do século XIX, os obstetras passaram a dedicar-se à pretensão de transformar o parto em um evento controlado por eles e circunscrito aos limites das maternidades hospitalares, o que se efetivou na metade do século XX.

Martins e Barros (2016, p. 215), sobre esse contexto, pontuam que com o avanço do saber científico e com a introdução, cada vez mais, recorrentes das técnicas e dos procedimentos médicos-cirúrgicos, notou-se a desvalorização do saber popular representando, em certo ponto, a minoração da capacidade de participação das pacientes no contexto do parto:

Com os avanços tecnológicos na saúde, observa-se a desqualificação do saber popular e a desconsideração das necessidades dos sujeitos em prol de um saber científico. Possibilidades de diálogos horizontais e decisões compartilhadas entre profissionais e usuários do serviço, ficam submetidas ao conhecimento técnico e à utilização da tecnologia como sinônimo de cuidado qualificado.

Daí em diante, é possível notar a institucionalização médica do parto cada vez mais marcante, ou seja, o médico adotou, de modo definitivo, um papel de imprescindibilidade e de destaque no contexto do parto.

Neste sentido, percebe-se que a consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação e a popularização, pela medicina obstétrica, de instrumentos que poderiam ser empregados durante o momento do parto, tal qual o fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos (Martins, 2004, p. 96). Este é, exatamente, um dos

motivos que fez nascer nas mulheres daquela época a noção de que, quanto mais medicalizado o parto, mais seguro ele se tornaria.

Entretanto, destaca-se que, muitas vezes, tais instrumentos mais atrapalhavam que ajudavam a mulher em trabalho de parto, sendo capazes de, até mesmo, machucá-la e causar-lhe, ainda mais, dor.

Com efeito, o que se observa é que a instrumentalização do parto foi fator importante ao início de sua medicalização, haja vista que, posterior à apresentação dos equipamentos de auxílio ao parto, utilizados tão somente pelos médicos, as parteiras foram tornando-se inúteis aos olhos da sociedade, visto que não possuíam domínio nem posse dos equipamentos introduzidos pela medicina.

Neste contexto, as parteiras passaram a ser consideradas como desqualificadas e perseguições contra elas tornaram-se constantes, de tal forma que as mulheres, cada vez menos, recorriam ao seu auxílio.

De fato, é importante destacar que, primordialmente, o acesso aos médicos obstetras, para a realização dos partos, permaneceu restrito às elites e classes médias urbanas. As parturientes que se viam na miséria e no abandono recorriam às enfermarias dos hospitais, locais que ficaram marcados pela dor, descaso e sofrimento aos quais as mulheres eram submetidas (Martins, 2004, p. 198).

Assim, observa-se a ascensão do parto hospitalar que, rapidamente, popularizou-se ao longo do século XX e, segundo Maia (2010, p. 33) representou à medicina obstétrica três importantes marcos: uma forma de perseguir e combater a atuação das parteiras, frequentemente acusadas de serem causadoras de abortos e infanticídios; o estabelecimento e normalização de que o médico poderia exercer controle sobre as pacientes; e permissão de que treinamento de novos médicos pudesse ocorrer de modo cada vez mais prático, enquanto antes ocorria basicamente por vias teóricas.

De tal forma, pelo menos a partir da segunda metade do século XX, o parto medicalizado e hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. Nesse ínterim, sua popularização resultou em números cada vez menores de partos domiciliares que, em geral, eram realizados por parteiras, à medida que as mulheres já

consideravam o parto assistido por um médico obstetra o mais adequado e seguro (Maia, 2010, p. 33).

Não obstante, com o passar dos anos, a medicina modernizou-se ainda mais com a implementação de técnicas e novas tecnologias capazes de minimizar os riscos à saúde e integridade física das parturientes e de seus filhos.

Com isso, observa-se o enfoque dado à técnica empregada durante o parto, ao aparelhamento utilizado e, sobretudo, à figura do médico obstetra. Este ganha, cada vez mais, papel de protagonista em detrimento à parturiente que passa a ser vista, apenas, como uma “máquina”.

Para melhor compreensão do alegado, faz-se necessário compreender as origens do modelo médico de assistência ao parto observado na contemporaneidade o qual contempla dois aspectos principais: o fato de que a medicina ocidental passa a ver o corpo como máquina e o médico como o mecânico, aquele que a conserta; e o reconhecimento de que o modelo de produção fabril passou a ser aplicado na assistência à gestante, em que metáforas de tempo e movimento são usadas tanto para descrever o “trabalho” de parto quanto para organizar a assistência (Maia, 2010, p. 34).

Essa imagem é fundamental na concepção da obstetrícia moderna, por três razões. Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, ou seja, o corpo feminino não possui mais a liberdade e capacidade de realizar a condução natural do parto, pois tal função é tomada pelo médico que, desta forma, acaba por se tornar o elemento central do parto. Segundo, o impedimento de que os médicos reconheçam que fatores além da sala de parto, tais quais os fatores emocionais da parturiente, são determinantes e interferem, positiva ou negativamente, no momento do parto. Terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico, quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (rompimento do saco amniótico pelo médico, aplicação de ocitocina, realização da cesariana e outros) (Maia, 2010, p. 35).

As características da obstetrícia moderna supramencionadas são adotadas pela quase totalidade dos profissionais que participam da assistência médica ao parto. É clara a percepção de que esses encaram o parto como um processo fabril onde a mulher é a própria máquina. De tal forma, desconsideram que a mulher é um ser sensível, dotado de percepções e

emoções. Fatidicamente, tais emoções são, totalmente, desprezadas e tomadas como irrelevantes quando, na verdade, precisam ser consideradas e respeitadas, a fim de um parto bem sucedido.

Com efeito, observa-se que os atuais modelos de assistência ao parto proporcionam a perda da unidade do corpo feminino através da tentativa de incitar que a parturiente, sozinha, é incapaz de conseguir realizar o parto bem sucedido (Maia,2010, p. 36).

Destaca-se que, na atualidade, os partos domiciliares são realizados em menos de 1% dos nascimentos no Brasil, segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), ou seja, quase totalidade de partos realizados no país ocorrem em espaços hospitalares, onde os médicos e demais profissionais obstetras contam com o apoio de avançados aparatos tecnológicos e uso intensivo de fármacos- químicos, desde o uso de anestésias ao uso da ocitocina sintética (Alessandra, 2023).

Assim, é inegável que a mulher e o neonato perdem o protagonismo no momento do parto em detrimento ao médico, às técnicas e aos equipamentos utilizados para torná-lo bem sucedido, não sendo demais afirmar que a mulher é vista como máquina. Esse padrão de intervenção ao parto veio a ser chamado de “modelo tecnocrático”.

É fácil identificar o avanço e a padronização do modelo tecnocrático de assistência médica ao parto. Uma das mudanças introduzidas por esse modelo foi a normalização da posição litotômica que é o modo de posicionar a gestante deitada durante o trabalho de parto (Maia,2010, p. 36).

Nesta senda, é popularmente conhecida a posição que as mulheres parem em hospitais: deitadas com a barriga para cima, com as pernas erguidas e abertas o máximo possível e, por vezes, imobilizadas por alças que às prendem na maca. Tal posicionamento é reproduzido em novelas e filmes de forma a indicar a normalidade e aceitação pela sociedade em geral desse tipo de conduta.

A medicina contemporânea normalizou a posição litotômica, haja vista o avanço da medicalização do parto. Ocorre que as medicações e até hormônios sintéticos, como a ocitocina, são aplicados na parturiente nesse momento, de tal forma que posicionar a mulher desse jeito facilita a aplicação de medicações a qualquer instante do parto. Além disso, alega-

se que a visualização e a condução do parto pelo médico fica mais fácil se assim a mulher se posicionar.

Assim, é claro que atualmente é preferencial adotar técnicas que beneficiem e tornem mais fácil o trabalho do médico durante o parto, em detrimento ao bem-estar da parturiente, revelando-se a recorrência do modelo tecnocrático de assistência ao parto.

Já, bastante delineadas as características do modelo tecnocrático de assistência médica ao parto, constata-se que a intervenção médica no processo natural do parto tornou-se cada vez mais recorrente e registrada na quase totalidade dos partos realizados na atualidade.

Consequência direta da maciça medicalização e intervenção nos processos naturais de parto é o aumento do número de cesarianas, ou seja, partos realizados não de forma natural/ biológica, mas através de uma grande e delicada cirurgia médica.

Conforme apontam pesquisas, a tendência ao crescimento das taxas de cesáreas começou em meados da década de 1970. Conforme dados registrados pelo INAMPS, a proporção de cesáreas no total de partos feitos no sistema público de saúde passou de 15% em 1970 para 31% em 1980 (Maia, 2010, p. 38).

Importante destacar alguns dos possíveis motivos que ocasionaram o *boom* do número de cesarianas que, como será posteriormente demonstrado, continuam ocorrendo em número muito superior ao indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Dentre as causas, anota-se o maior valor pago pela tabela do INPS para a cesárea, na década de 1970; medo, por parte das parturientes, da dor do parto normal; crença, por parte das mulheres e dos médicos, de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o neonato do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto; o uso da cesárea para a realização de laqueadura tubária; a associação entre parto vaginal e imprevisibilidade, esta vista como algo negativo (Maia, 2010, p. 39).

Conforme se observa, o medo e a incerteza são os principais fatores que motivaram e continuam motivando a realização de cesarianas em números, cada vez, maiores que os partos normais. Em geral, tal medo é causado pela desinformação das parturientes a

despeito dos procedimentos relacionados ao parto normal. Além disso, muitas vezes, os próprios médicos acabam por ludibriar as gestantes, afirmando que a cesariana é a forma de parto mais segura, tanto para a mãe quanto para o neonato quando, na verdade, aconselham a realização do parto cirúrgico, tendo em vista a satisfação de interesses pessoais, seja pela maior rapidez do procedimento ou por fatores econômicos.

Além disso, mais recentemente, estudo realizado pela Fiocruz indicou alguns dos principais fatores que continuam motivando as mulheres a “preferirem” a realização do parto cesariano. De modo geral, é possível identificar como fatores motivadores do grande número de cesarianas realizadas no Brasil, a maior rapidez de realização do procedimento cirúrgico, uma vez comparado aos partos naturais ou humanizados e, fatores de mercado, haja vista o parto normal poder ser realizado por enfermeiros obstetras, enquanto o cirúrgico, exclusivamente, por médicos (Rodrigues, 2022).

É indispensável pontuar que a excessividade de parto cesariano não resulta em benefícios adicionais à parturiente e ao neonato, ao contrário, é capaz de acarretar maiores riscos de morbidade e mortalidade para ambos (Maia, 2010, p. 42).

Reitera-se que, se realizada sem indicação clínica de necessidade, a cesariana pode ser prejudicial à saúde da parturiente e do neonato. Entretanto, tal dado é ignorado no Brasil, visto que é observada com grande frequência a realização de cesarianas eletivas, onde por conveniência, senão comodidade ou por pretensão econômica, os profissionais médicos optam pela realização das cesarianas, mesmo que inexistam indicações de impossibilidade de realização do parto vaginal.

Ainda no ano de 2007, estudo financiado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), Leal e colaboradores procuraram identificar os fatores relacionados com a escolha da forma de parto pela mulher, nos serviços privados de saúde, considerando três momentos diferentes da gestação: início da gravidez, fim da gravidez e hora do parto (Maia, 2010, p. 41).

Quando entrevistadas nos meses iniciais da gestação, apenas 30% das mulheres afirmaram preferir uma cesárea. Nesta fase da gestação, foi possível observar que as parturientes demonstravam certa preferência pelo parto normal. Foi constatado que o desejo das mulheres relacionou-se com sua escolaridade, com a detenção de informação sobre os tipos de parto, com a preferência do parceiro pelo parto normal e com o medo da cesárea.

Entretanto, nos meses finais da gestação a proporção se inverteu e, 70% das mulheres já preferiam a realização de cesárea. A drástica mudança pode ser facilmente relacionada com o tipo de tratamento que receberam durante a realização do pré-natal e, sobretudo, com as informações, verdadeiras ou não, que os profissionais da área médica lhes passaram ao longo dos meses.

Por fim, 88% das mulheres foram submetidas a uma cesariana, revelando que, nos momentos que antecedem a realização do parto, muitas parturientes ainda mudam de opinião, por convicção própria ou aconselhadas pelos médicos.

Ainda, o estudo observou que, das mulheres submetidas à cesariana, 92% delas foram operadas antes que se iniciasse o trabalho de parto. Tal fato é preocupante pois a realização de cesariana sem indicação científica pode elevar os riscos de mortalidade infantil e da própria parturiente em 25%.

A referida pesquisa também identificou que o manejo do trabalho de parto, quando ocorreu, foi inadequado, mantendo-se práticas condenadas pela OMS como a restrição da parturiente ao leito sem poder se movimentar, hidratação venosa (soro) de rotina, utilização excessiva de anestesia peridural, além de ter sido verificada a baixa incorporação de práticas consideradas benéficas como o estímulo à deambulação, o acompanhamento por familiar da parturiente durante todo o trabalho de parto e outros.

Por fim, importante registrar que no Brasil, em 2020, foram registrados cerca de 3,2 milhões de nascidos vivos, sendo 2,7 milhões pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com 57,2% nascidos por via de cesárea e 484 mil na saúde suplementar, com 82,7% via parto cesariano (Lara, 2022, p. 03).

Portanto, é possível concluir que no Brasil, atualmente, é excessiva a intervenção médica no parto, contrariando indicações científicas e determinações estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde.

### **3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS E FORMAS**

#### **3.1- CONCEITOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

“Multiplicarei grandemente o teu sofrimento na gravidez; em meio à agonia darás à luz filhos” é uma famosa passagem bíblica encontrada no livro de Gênesis 3:16 onde é afirmado que o parto normal se dará mediante dor e sofrimento.

A influência religiosa na estruturação das sociedades é inegável, moldando por diversos meios determinados comportamentos. É cediço afirmar que, em um país como o Brasil, predominantemente cristão as doutrinas bíblicas têm grande capacidade de influenciar o modo de vida e determinar condutas.

Nesse aspecto, o parto, em diversos momentos históricos, chegou a ser percebido com normalidade como uma forma de castigo à mulher, sendo sua obrigação suportar todos os ônus advindos, seja a dor, o sofrimento e, por vezes, a humilhação, não tendo qualquer direito de reclamar por se tratar de algo divino.

Neste contexto, é permissivo afirmar que a sociedade, de modo geral, tornou como padrão a atribuição de extremo sofrimento e dor às parturientes, não somente devido a influência das doutrinas bíblicas, mas também, devido à forte influência do patriarcado, o qual reduzia as vidas das mulheres às suas funções reprodutivas.

Desse modo, é recorrente o relato de mulheres que se sentiram humilhadas, ignoradas e desrespeitadas em alguma fase da gestação, durante o parto ou no período puerperal, sendo comuns os relatos de diversas formas de violência, tudo isso em decorrência do fato de estarem necessitando de atenção especial por parte dos profissionais da área obstétrica, os quais, não raramente, ignoram rigorosos padrões de ética e acabam maltratando por diversos meios as parturientes.

Sob essa perspectiva, é possível observar a recorrência de uma forma específica de violência contra as mulheres: a violência obstétrica.

Conforme previsão legal dada pelo artigo 1º da “Convenção Belém do Pará”, o Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996, a violência contra a mulher pode ser compreendida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de

ordem física, sexual ou psicológica à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Brasil, 1996).

Com efeito, conceituada a violência contra a mulher, também chamada de violência de gênero em virtude de ser cometida com base no gênero da vítima, é possível também enquadrar a violência obstétrica sofrida pelas parturientes como uma forma de violência de gênero, em razão de causar diversos danos à mulher e ser também cometida com base no gênero feminino.

Neste contexto, Zanardo *et al* (2017, p.06) afirma que a violência obstétrica está diretamente relacionada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias. Sendo assim, é compreendida como uma grave forma de violência institucional, haja vista ser praticada em ambientes de prestação de serviços de saúde. Complementa, assentando que esta forma de violação de direitos femininos pode ser caracterizada pela negligência e maus-tratos cometidos pelos profissionais contra as pacientes, incluindo desde a violação dos direitos reprodutivos até a recorrente peregrinação realizada por elas até receberem atendimento médico durante o período gravídico-puerperal.

Desta forma, é totalmente permissivo afirmar que, de fato, a violência obstétrica representa uma forma de violência de gênero cometida contra as mulheres em momentos de maior fragilidade física e, sobretudo, emocional, visto que a condição de gestante ou puérpera é fator que incita a prática desta forma de violência.

No Brasil, a incorporação do termo “violência obstétrica” se deu apenas nos primeiros anos do século XXI e foi amplamente inspirada e influenciada na legislação de países latino-americanos que, se comparados ao Brasil, estavam mais evoluídos no sentido de reconhecer e aplicar sanções contra o cometimento dessa forma de violência.

Primordialmente era reconhecido como forma de violência obstétrica apenas o uso excessivo de determinadas práticas que, em geral, não possuíam embasamento científico, sendo desaconselhadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e do alto número de cesáreas realizadas no país, que é o segundo do mundo em número de partos cirúrgicos, atrás apenas da República Dominicana, segundo estudo publicado na *The Lancet* (Rodrigues, 2022).

Trata-se de uma forma bastante específica de violência cometida por profissionais da saúde, sejam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou quaisquer

outros que estejam atuando, no que deveria ser a proteção da integridade física e dignidade da mulher que se encontre em processo gravídico-puerperal, compreendo desde os meses de acompanhamento pré-natal, durante a realização do parto, no período pós-parto conhecido como puerpério e após a ocorrência de abortamentos, espontâneos ou não. (Silva *et al*, 2021, p. 54).

Conforme entende o autor contemporâneo Dutra (2017, p. 14), um profissional da saúde comete violência obstétrica quando se apropria do corpo da mulher, realizando procedimentos desumanos e intervenções sem comprovação científica que tem como consequência desses atos danos tanto na vida da mãe como na vida do neonato.

É neste mesmo sentido o entendimento jurídico firmado pelo dossiê “Violência Obstétrica: Parirás Com Dor” (Brasil, 2012), elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres que, de modo simplificado, informa o que pode ser compreendido como violência obstétrica:

Violência obstétrica é realizar intervenções abusivas como procedimentos de rotina. É ignorar o desejo da mulher sobre a forma como ela quer que seus filhos nasçam, impondo sobre ela o que é mais cômodo para os profissionais de saúde. É impedi-la de gritar, se assim ela quiser. É não informar sobre o que está acontecendo com o seu corpo. É induzir a escolha por uma cesariana, mesmo que não haja indicação clínica para isso. É negar o protagonismo feminino no próprio parto.

Observa-se que uma das características mais marcantes da violência obstétrica é a negação do protagonismo da mulher no momento do parto. Conforme narrado no capítulo anterior, com o avanço da hospitalização do parto, os profissionais médicos furtaram esse local de destaque e tornaram-se eles os protagonistas do parto, visto o domínio das técnicas e manobras que auxiliam a gestante no momento do parto.

Ato contínuo, Silva *et al*, (2019, p. 53) conceitua a violência obstétrica como qualquer forma de apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres pelos profissionais da medicina, ignorando a mulher como sujeito de direitos e retirando-a do local de protagonista no contexto do parto:

A violência obstétrica (VO) é definida por qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em serviço público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, podendo acontecer durante o pré-natal, o parto, o pós- parto e o abortamento. Se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.

Tal conceituação é complementar ao autor anteriormente mencionado, posto que a apropriação dos processos corporais e reprodutivos das mulheres pelos profissionais encarregados de auxiliarem a realização do parto é o principal caminho para a desqualificação da parturiente como a protagonista, de tal forma a negar-lhe inúmeros direitos como a autonomia e a liberdade sobre seu corpo.

Sampaio, Albuquerque e Herculano (2017, p. 02), em linhas gerais, entendem que a ocorrência de violência obstétrica cometida sobretudo, em ambientes hospitalares públicos, representa uma grave forma de violência de gênero fomentada pelo Estado, através das instituições de saúde por ele constituídas, mediante a atuação reprovável dos profissionais que realizam a assistência ao parto, contra as mulheres que deveriam ser, pelo mesmo Estado, protegidas e não violentadas.

Nesse contexto fatídico, observa-se a gravidade desta forma de violência onde as mulheres, no momento mais especial e aguardado de suas vidas, carecendo de assistência e cuidados específicos, têm inúmeros direitos negados, desrespeitando até mesmo sua dignidade e integridade física.

De modo a complementar ao referido, Saffioti (2015, p. 147) aduz que estas violações dos direitos das mulheres são traços marcantes presentes na sociedade machista e predominantemente patriarcal, tratando-se, portanto, de herança negativa resultante de muitos anos de estruturação de uma sociedade, inegavelmente, patriarcal, onde as mulheres sempre foram colocadas em lugar de inferioridade de direitos.

Com efeito, chega-se à conclusão de que violência obstétrica refere-se às condutas ilegais que são praticadas por profissionais da área médica em vários estágios da gestação, durante o parto ou no período puerperal, quando tais profissionais encontram-se em posição de superioridade e na crença da tutela incondicional sobre os corpos femininos.

É possível observar que, dentre os principais direitos violados durante a prática desta forma de violência de gênero, a autonomia do corpo feminino seja talvez o mais desrespeitado e comprometido.

Entende-se por autonomia como a capacidade e faculdade de, sozinho, governar-se ou, ainda, a liberdade ou independência moral ou intelectual, distinguindo-se do conceito de heteronomia que é a condição de pessoa ou de grupo que recebe de um elemento que lhe é

exterior ou de um princípio estranho a si, a lei a que se deve submeter (Sampaio; Albuquerque; Herculano, 2017, p. 02).

Não obstante, Reis (2017, p. 04) põe em destaque as características marcantes do atual sistema de assistência obstétrica no Brasil. Para ele, a assimetria é fator notório nas relações constituídas entre os profissionais médicos e as parturientes durante todo contexto do parto. Nesse ínterim, ressalta que a assimetria mostra-se evidente pois, pela percepção dos profissionais, quando a mulher participa, é para “colaborar” com o trabalho do profissional e não para garantir o exercício de sua autonomia.

Nesta senda, é cediço afirmar que a hospitalização (institucionalização) da assistência ao parto, mediante a concentração de técnicas e saberes científicos pelos profissionais encarregados de assistirem às parturientes, proporcionou assentada assimetria na relação construída entre profissionais e as usuárias dos serviços de saúde. Como consequência imediata deste fato, nota-se o frequente desrespeito à autonomia feminina no contexto do parto.

Além disso, é perceptível que os padrões comportamentais de profissionais da área médica e as pacientes, observados no contexto do ambiente hospitalar, mais se aproximam de uma postura de heteronomia do que com a autonomia, posto a quase total supressão dos direitos das mulheres que, geralmente, não são ouvidas e, portanto, desrespeitadas (Sampaio; Albuquerque; Herculano, 2017, p. 04).

Assim, é pertinente apontar que a objetificação do corpo da mulher pelos profissionais médicos, a invisibilidade dela como sujeito de direitos e a impossibilidade de exercer sua autonomia dentro do ambiente hospitalar são fatores característicos da violência obstétrica.

Em resumo, Silva *et al* (2020, p. 54) pontuam que:

Ações que desprivilegiam à vontade e escolha da mulher se caracterizam como violência obstétrica. Realizar cesariana ou episiotomia para ampliar o canal de parto, sem consentimento na mulher; proibi-la de ser acompanhada por pessoa de sua escolha; submetê-la a procedimentos desnecessários, dolorosos ou humilhantes, como lavagem intestinal, exame de toque repetidas vezes por mais de um profissional, impor que o parto normal seja feito em posição ginecológica; injetar hormônios no corpo da mulher para acelerar o processo de parto; tratar a mulher gestante, parturiente, puérpera ou em situação de abortamento de forma agressiva, desrespeitosa, humilhante, zombeteira ou em tom ameaçador, de forma que a faça se sentir constrangida ou inferiorizada também são elementos que denotam a ocorrência de violência obstétrica.

Com efeito, o próprio Código de Ética Médica brasileiro introduziu em seus artigos 22, 24 e 31 condutas que devem ser evitadas e não praticadas pelo profissionais, sob pena de incorrer em grave violação de padrões de conduta e de direito da paciente:

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. 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. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte (Brasília, 2009).

Embora a expressa vedação pelo Código de Ética Médica, muitos profissionais médicos em uso da autoridade que lhe é conferida pela hierarquia observada nos ambientes hospitalares, moldada pela relação médico- paciente, continuam, frequentemente, realizando procedimentos sem o prévio consentimento ou sem o consentimento consciente da paciente e inibindo o direito de livre escolha e autonomia.

Portanto, conceituada violência obstétrica como sendo uma forma de violência de gênero perpetrada por quaisquer profissionais da esfera médica, durante o estágio pré-natal, durante o parto, em situações de abortamento ou no período puerperal, passa-se a identificação das condutas observadas no Brasil que são características desta forma de violência.

### **3.2- FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Conforme expôs Venturi (2019, p. 174) 25% (vinte e cinco por cento) das parturientes no Brasil sofre alguma forma de violência obstétrica. Outrossim, de acordo com Zanardo *et al* (2017, p. 04), a violência obstétrica é frequente tanto na rede pública quanto na rede privada e está ganhando, cada vez mais, a mídia com relatos de mulheres que já passaram por essa situação. Nesse ínterim, nota-se a recorrência que esse tipo de violência ocorre, não estando nenhuma mulher isenta de sofrê-la, pois, contrariando parte do senso comum, a violência obstétrica não ocorre apenas nos hospitais públicos.

Ato contínuo, conforme o dossiê “Violência Obstétrica: Parirás Com Dor” (Brasil, 2012), a violência obstétrica pode acontecer antes, durante ou após o parto. Caracteriza-se como qualquer ato de desrespeito, agressão ou violência contra a mulher, compreendendo agressões físicas, psicológicas ou sexuais.

### 3.2.1-VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FÍSICA

Quanto à recorrência de violência física, esta ocorre com maior frequência no momento do nascimento e envolve a realização de técnicas inadequadas tais como a privação da mulher de alimentação e água, a tricotomia (raspagens dos pelos pubianos) e uma série de ações sem o consentimento da parturiente que, desta forma, representam a violação da autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos (Zanardo *et al*, 2017, p. 05).

Com efeito, enfatizando a recorrência da violência obstétrica física, Silva *et al* (2021, p. 08) expôs que, nos momentos do pré-parto, cerca de 40% das parturientes receberam ocitocina e sofreram amniotomia, que consiste em uma técnica de ruptura da membrana que envolve o feto a fim de acelerar o parto.

Além disso, pesquisas apontam que, no momento do parto, a posição litotômica (deitada com a face para cima e joelhos flexionados) foi empregada em 92% dos casos. Conforme já mencionado, tal posicionamento da gestante em nada contribui para a facilitação do parto, mas serve, tão somente, para tornar mais cômoda a visualização do parto pelo médico. Além disso, a manobra de Kristeller teve uma ocorrência de 37% e a episiotomia ocorreu em 56% dos partos (Silva *et al*, 2021, p. 08).

Destaca-se que, desde meados de 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) contraindica as supramencionadas práticas, tolerando a sua utilização apenas em situações específicas em que se tornem indispensáveis à garantia de sobrevivência da parturiente ou do bebê.

Ato contínuo, o Ministério da Saúde (MS) publicou, ainda no ano de 2001, comunicado oficial, definindo a episiotomia rotineira e a manobra de Kristeller como procedimentos “claramente prejudiciais ou ineficazes”, devendo, portanto, não serem praticados. Por tal razão, mediante a ineficácia e o grau de prejudicialidade destas duas técnicas, convencionou-se considerá-las como formas de violência obstétrica (Rodrigues, 2022).

Importante destacar que a manobra de Kristeller talvez seja a técnica médica mais caracterizadora da violência obstétrica física. Trata-se da aplicação de pressão na parte superior do útero como tentativa de expulsão do feto através de força física do profissional que auxilia o parto. Para tanto, o mesmo defere golpes na barriga da gestante, fazendo o máximo de

pressão possível. Não raramente, há médicos que chegam a deitar ou sentar sobre a barriga da parturiente.

As consequências da aplicação da manobra de Kristeller não poderiam ser diferentes: muitos hematomas, fratura de ossos das costelas, muita dor e um trauma irreversível que, comumente, acaba ensejando a total repulsa da mulher pela realização de futuros partos normais.

Já a episiotomia é um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio do paciente visto que no momento de maior tensão do parto os médicos por conta própria acabam realizando o corte na região do períneo com o intuito de facilitar a passagem do feto.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a episiotomia ocorra em no máximo 10% dos partos vaginais, visto que se faz necessário em poucas situações. Entretanto, conforme a pesquisa “Nascer no Brasil” estima-se que o procedimento seja realizado em 53,5% dos partos via vaginal, sendo que, tratando-se de primíparas (primeiro filho), o índice pode chegar a 74%, revelando que ocorrem de modo rotineiro, quase padrão (Macedo, 2013, p. 53).

Complementa, informando que a cirurgia afeta diversas estruturas do períneo, gerando em alguns casos, incontinência urinária e fecal, além de provocar outras complicações, a exemplo de dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração perineal em partos subsequentes, além dos resultados estéticos que podem ser desagradáveis para a mulher (Macedo, 2013, p. 55).

De mesmo modo, destacam-se outras importantes consequências observadas em situações de realização da episiotomia:

Além da incontinência intestinal, outras possíveis sequelas desse tipo de procedimento incluem fibrose (formação de tecido fibroso no local da cicatriz), perda de sensibilidade na região, laceração e frouxidão da região perineal e dor na relação sexual (Macedo, 2013, p. 56).

Fatidicamente, como se não bastasse terem sido cortadas sem prévio consentimento, muitos médicos ao realizarem a sutura do corte, por vezes, dão alguns pontos a mais. Fazem isso, pois entendem que, após a passagem do feto pela vagina, o órgão pode ficar um pouco mais largo. Portanto, dão o chamado “ponto do marido”, fazendo com que a entrada

da cavidade vaginal fique mais estreita e, assim, possa dar maior prazer ao marido durante a prática de relações sexuais.

Trata-se de conduta, demasiadamente, invasiva e que representa profunda violação da liberdade sexual feminina, visto que, além de ignorar sua opinião, tal prática é feita com o intuito de favorecer o marido. Assim, é inegável que a autonomia e liberdade feminina sobre seus próprios corpos pouco importa, ainda que a conduta médica possa implicar que ela nunca mais sinta prazer sexual na vida ou dor excessiva durante a prática de atos sexuais, visto que, com o ponto do marido, a flexibilidade da vagina é, praticamente, anulada e as regiões de sensibilidade são afetadas.

Com efeito, segundo a médica Carmen Diniz, referência em estudos sobre violência obstétrica, muitas mulheres deixam de fazer o parto normal e optam pela cesárea por temor de serem submetidas à episiotomia rotineira. (Diniz e Chacham, 2006, p. 87). Assim, acentua-se a prejudicialidade da realização de tal procedimento que além de ser fisiologicamente perigoso e esteticamente ruim, causa a repulsa das mulheres pela realização de partos normais.

Mesmo, mediante a ineficácia e elevado risco à integridade física das parturientes, tanto a manobra de Kristeller quanto a episiotomia rotineira continuam sendo realizadas no país.

Ainda, é pertinente destacar como uma também forma de violência obstétrica recorrente no Brasil a excessividade de cesarianas eletivas, assim denominadas por serem realizadas independente de indicação científica de necessidade.

Segundo estudo liderado pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS), da Fiocruz Bahia, o risco de mortalidade na infância pode crescer 25% nos casos de cesáreas sem indicação médica. Assim, diferindo do senso comum, o parto cesariano, se realizada sem real indicação de necessidade clínica, pode representar riscos à integridade física da parturiente e do bebê (Rodrigues, 2022).

De mesmo modo, o estudo supramencionado revelou que 88% dos partos realizados em instituições privadas são cirúrgicos. Tal percentual é preocupante, haja vista que a OMS recomenda que, no máximo, 15% dos partos sejam realizados por meio de cesarianas (Rodrigues, 2022).

Urge pontuar que, conforme o dossiê Violência Obstétrica “Parirás Com Dor” (Brasil, 2012, p. 112), a cesariana aumenta o risco de morbidade respiratória leve e grave, que aumenta à medida que diminui a idade gestacional, aumenta também o risco de internação, ida de UTI e óbito dos recém nascidos.

Ademais, para a mulher, a cesariana também é um fator de risco inegável, visto que é possível a ocorrência de hemorragia, infecção e óbito materno e, nas gestações subsequentes, para o desenvolvimento de uma placentação anormal e ocorrência de óbito fetal (Macedo, 2013, p. 35).

Ato contínuo, Macedo (2013, p. 46) destacou o estudo “*Maternal Death in the 21st Century*”, publicado no periódico American Journal of Obstetrics & Gynecology em 2008, que deixou claro o verdadeiro risco que as parturientes são expostas ao serem submetidas a partos cesarianos.

Na oportunidade, a equipe de seis pesquisadores analisou 1,46 milhão de nascimentos. Foi observado que a taxa de morte em partos vaginais era de 0,2 a cada 100 mil nascimentos, enquanto que, para a cesariana, essa taxa é de 2,2. Assim, foi possível chegar à conclusão de que ao realizar uma cesariana, a gestante corre até dez vezes mais risco de morrer. Portanto, não é correto afirmar que o parto cesariano oferece menos risco que o parto vaginal.

Por outro lado, é esclarecido que em um parto natural, que respeite o processo fisiológico, a ocitocina materna, normalmente, é suficiente para conduzir o nascimento. Conhecida como o “hormônio do amor”, a ocitocina é liberada em situações de relaxamento e prazer – em ambientes em que a mulher se sente acolhida e segura. Sua liberação no sangue é bloqueada pela adrenalina, hormônio ligado a situações de risco e medo. Logo, se a parturiente se sente ameaçada ou intimidada, o trabalho de parto não evolui ou evolui mais lentamente (Macedo, 2013, p. 58).

Assim, resta por comprovado que a realização de cesariana eletiva trata-se também de uma forma de violência obstétrica. Importante mencionar que em um grande número de situações, a cesariana é aconselhada pelos profissionais médicos que durante o pré-natal adotam o hábito de criar temor nas parturientes de modo a induzi-las a preferirem pela realização de parto cesariano, visto a maior comodidade para a equipe médica se assim fê-lo.

### 3.2.2-VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VERBAL OU PSICOLÓGICA

Outras formas de violência obstétrica registradas recorrentemente no Brasil são a psicológica e a verbal. Trata-se de formas de violência que causam danos emocionais que jamais serão esquecidos pelas parturientes. Podem ser percebidas em diferentes tipos de atitudes ou condutas adotadas pela equipe médica.

Segundo Macedo (2013, p. 17), as agressões verbais contra parturientes são percebidas quando a equipe médica, de alguma forma, desrespeita, ofende, humilha ou constrange a mulher em qualquer momento entre o trabalho de parto, parto e puerpério.

A gravidade da violência verbal é acentuada, pois, muitas vezes, é perpetrada mediante o emprego de postura preconceituosa ou mesmo racista por parte da equipe médica.

Sob esse aspecto, Gustavo Venturi, em entrevista concedida à Revista do Brasil, “As outras dores do parto”, publicado no ano de 2012, correlaciona a baixa escolaridade e pobreza de muitas mulheres à maior probabilidade de serem de tratadas em algum momento da gestação. Para essas mulheres, a violência obstétrica já faz parte de seus cotidianos a ponto de, muitas vezes, aceitá-la caladas:

Mulheres com menor escolaridade não consideram terem sido desrespeitadas. Para elas, que se baseiam no que ouviram da experiência de amigas e parentes próximas, o parto em hospital é assim mesmo. Vai doer; vão gritar com ela. Há até a percepção de algo negativo, mas por ser visto com naturalidade não é entendido como maus-tratos (RBA, 2013).

É cediço afirmar que a eclampsia, pré-eclâmpsia e os distúrbios hipertensivos têm maior incidência entre as mulheres negras, sendo as maiores causas da mortalidade materna da população negra, conforme notório conhecimento científico sobre esse assunto (Brasil, 2012, p. 135).

Em posse de tais informações, muitos médicos acabam proferindo prontos diagnósticos às parturientes, tomando como base, unicamente, a cor de sua pele. Assim, é comum observar-se a prestação de diagnósticos médicos com base em preconceito racial e socioeconômico.

Com efeito, o cenário de violência obstétrica é, comumente, normalizado pelas próprias parturientes a ponto destas mulheres retratarem como “sorte” quando, recebem um atendimento adequado no plantão obstétrico, e atribuem o atendimento ruim à “falta de sorte”.

Tal fato revela que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto (Brasil, 2012, p. 130).

Fatidicamente, o racismo praticado por profissionais de saúde atrasa a decisão da mulher de buscar assistência, dificulta o acesso aos serviços de saúde e ao respectivo acesso da mulher ao tratamento adequado no momento do parto.

Ademais, negligenciar atendimento médico às parturientes também é enquadrado como uma forma de agressão psicológica. Segundo Macedo (2013, p. 17), o hospital ou maternidade, tem a obrigação de atender com dignidade qualquer parturiente. Se o atendimento for negado, dificultado ou negligenciado sob qualquer alegação (como falta de vagas ou inexistência de convênio com o plano de saúde), seja no pré-natal ou durante o trabalho de parto, constitui violência.

Entretanto, são comuns os relatos de mulheres que afirmam terem parido em macas encontradas nos corredores dos hospitais ou pior, até mesmo em calçadas, haja vista que ao recorrerem ao hospital que tem o dever legal de assisti-las neste momento, negam-lhes o pronto atendimento.

Inclui-se também como forma de violência verbal e psicológica as falas que provoquem medo, insegurança, vulnerabilidade e alienação. A exemplo, pode-se destacar que se tornou comum o fato de muitos profissionais médicos desaconselharem as mulheres a realizarem o parto normal, durante o acompanhamento pré-natal, através de afirmações que, muitas vezes, são inverídicas, servindo, tão somente, para amedrontar as gestantes.

Por fim, Macedo (2013, p. 18) elenca uma série de condutas que podem, também, ser enquadradas como formas de violência obstétrica, a saber: negar privacidade, impedir o contato da mãe com o recém-nascido, negar direitos e não atender com dignidade situações de abortamento.

Quanto a esta última conduta, é importante destacar que também é possível a ocorrência de violência obstétrica em situações em que a mulher acabou de passar por um abortamento.

Neste contexto, Macedo (2013, p. 18) registra a ocorrência de violência obstétrica, também, em situação de abortamento, assegurando que a mulher deve ser atendida pela equipe médica, independente do fato de o aborto não ter sido espontâneo:

Seja o aborto provocado ou espontâneo, a mulher tem o direito de ser bem atendida e acolhida nos hospitais. Qualquer tipo de violência deve ser repudiada nesse caso, inclusive ameaças de denunciar a mulher em caso de aborto proposital.

### **3.2.3- VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEXUAL**

Por fim, é possível caracterizar a violência obstétrica de caráter sexual como “toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo” conforme esclarecido pelo dossiê “Parirás com dor” (Brasil, 2012, p. 60).

Como exemplo, o referido dossiê elenca algumas condutas praticadas no contexto de assistência médica ao parto que podem ser caracterizadas como violência sexual:

Assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento. Um gravíssimo problema, contra o qual tem lutado historicamente as mulheres de todo o planeta, é que a violência se exerce contra elas somente pelo fato de sê-lo (Brasil, 2012, p. 60).

Sendo assim, evidencia-se a recorrência das práticas compreendidas como formas de violência obstétrica, sendo praticadas de formas variadas, em diferentes momentos e causando efeitos diversos às parturientes.

#### **. 4. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Conforme já demonstrado, ao longo das últimas décadas, a quase totalidade dos partos realizado no Brasil ocorreram em ambientes hospitalares ou outras instituições médicas. Com isso, é cediço afirmar que o parto tornou-se um processo institucionalizado, realizado nas conformidades estabelecidas pelos ditames médicos, revelando a fixação de padrões rigorosos a serem cumprindo durante a assistência ao parto.

Nesta senda, mediante a observância da institucionalização do processo gravidez-parto-puerpério, é possível identificar a reiteração de determinadas condutas que podem ser prejudiciais à parturiente. A exemplo, pode-se destacar as recorrentes imposições feitas a essas, determinando o distanciamento de seus familiares ao longo do trabalho de parto e tantas outras formas de práticas que evidenciam a institucionalização da violência.

Nesse compasso, Pestana (2023, p. 18) destaca que a violência será de caráter institucional sempre que houver violação ou omissão dos direitos assegurados à parturiente ou quando ocorrerem maus tratos, práticas discriminatórias ou a privação de determinados serviços, considerados essenciais para as gestantes, como é o caso comum de impedimento de acompanhante na hora do parto.

Assim, não somente a distância entre a parturiente e sua família, mas também uma série de outras evidências são notadas, com frequência, após a institucionalização do parto, revelando em que ponto tal processo pode ser prejudicial à dignidade e integridade das mulheres em condição de parturientes

Neste sentido, Kappaun e Costa (2020, p. 79) destacam que é possível perceber que da hospitalização do parto muitos direitos das mulheres foram, inegavelmente, suprimidos. A exemplo, menciona-se a perda da autonomia das parturientes sobre a forma que idealizaram seus partos e sobre seu próprio corpo, além da perda de privacidade, do poder de decisão e de ser acompanhada pelos seus familiares, conforme previsto em lei.

Fatidicamente, com a institucionalização dos procedimentos de assistência ao parto, são recorrentemente observados os excessos e equívocos em determinadas condutas praticadas pelos profissionais encarregados de auxiliarem a mulher no momento de nascimento de seus filhos. Nesse ínterim, é possível a identificação da violência institucional ou obstétrica,

caracterizada pela desigualdade marcante nas relações de poder médico-paciente (Kappaun e Costa, 2020, p. 79):

Na hora do parto, os profissionais da área de saúde obstétrica, principalmente o médico, exercita o poder de ditar as regras e definir o que, e como, a parturiente deve comportar-se, objetivando evitar o sofrimento desnecessário da mãe e de seu filho. Porém, quando os profissionais que ocupam este lugar do saber/poder não respeitam as reais necessidades de sua paciente, estamos diante da violência obstétrica que desfavorece a dignidade das parturientes e configura uma violência institucional.

Pertinente reiterar que no contexto da assistência ao parto, segundo Sens e Stamm (2020, p. 05), iminentemente, é estabelecida uma relação entre os profissionais que realizam a assistência ao parto e a parturiente, ou seja, evidente o estabelecimento de interação pessoal e profissional que transcende os aspectos objetivos das rotinas institucionais, tornando-se necessário que os profissionais presentes neste contexto prestem tratamento humanizado às pacientes.

Fatidicamente, não é o que ocorre em um grande número de partos, visto que a hierarquia estabelecida entre médicos e pacientes sobrepõe qualquer possibilidade de criação de conexões e, respectivamente, de um parto humanizado.

A expressão “violência obstétrica” foi empregada, pela primeira vez, no Venezuela no ano de 2017, numa tentativa de tipificar diversas condutas que eram e são recorrentemente, praticadas por profissionais da saúde em detrimento aos direitos das parturientes (Sens e Stamm, 2020, p. 03).

Desde então, o termo popularizou-se, mundialmente e surgiram muitos movimentos sociais e políticos, ainda que discretos, em defesa e proteção aos direitos das parturientes.

Em contrapartida, uma grande gama de profissionais da saúde rejeitam a tipificação desta forma de violência, condenando todos os movimentos e posicionamentos tendentes a acusar determinadas práticas, por eles protagonizadas, como sendo formas de violência obstétrica.

Sens e Stamm (2020, p. 02), em estudo que aborda a percepção dos médicos sobre a violência obstétrica, relatam que nos dias atuais a medicina ganha nova vestidura, sendo reverberada como forma de produção de trabalho.

Nesse contexto, as autoras complementam seus pensamentos, afirmando ser evidente que a percepção do médico é que os pacientes são clientes, de tal forma a resultar no enfraquecimento das relações humanas e interação entre médico e paciente, de modo a propiciar, com maior recorrência, conflitos, como os relacionados à autonomia da parturiente no momento do parto ante a pretensão profissional do médico. Enfatizam:

A medicina baseada no tecnicismo e no conhecimento biomédico, em um contexto em que a prática médica passa a ser compreendida como produção de trabalho, e não como a aplicação de conhecimentos, propiciou a deterioração das relações humanas no trabalho em saúde, em especial na interação entre médico e paciente. Esse configura um espaço potencialmente permeado por conflitos, amparado por um modelo de atenção tecnicista, hierarquizado e reforçado institucionalmente pelo domínio médico sobre o cliente, com uma desvalorização da relação intersubjetiva que ali se passa (Sens e Stamm, 2020, p. 02).

Neste contexto fatídico, revela-se como um dos maiores desafios ao combate à violência obstétrica a dificuldade dos profissionais da saúde, sejam médicos, obstetras, enfermeiros ou técnicos de enfermagem, em reconhecerem que determinadas condutas, por eles praticadas, transcendem os limites que deveriam ser respeitados ao prestarem a assistência ao parto e acabam ferindo a autonomia da parturiente, caracterizando, assim, essa forma de violência de gênero.

Sendo assim, mediante a notoriedade de que muitos profissionais da área médica negam, veementemente, a existência desta forma de violência através da frequente tentativa de normalizar determinados tipos de procedimentos, muitas vezes, ineficazes e perigosos tanto à parturiente quanto ao neonato, e padronizar condutas reprováveis aos olhos da ética médica referentes ao relacionamento médico- paciente, demonstra-se por evidente a tentativa de institucionalização da violência obstétrica.

Conforme notaram Sens e Stamm (2019, p.05), mediante pesquisa realizada entre os profissionais médicos que trabalham em uma maternidade pública, observou-se que a maior parte dos profissionais (78%) consideram a denominação “violência obstétrica” ruim ou péssima, sendo que a rejeição é relacionada a três situações: às situações polêmicas veiculadas na mídia, pelo fato de representar uma forma de culpabilizar os obstetras e por questionar a “bondade” do médico.

Neste cenário, é evidente a rejeição dos profissionais que realizam a assistência ao parto em aceitarem a denominação dos maus tratos que muitas parturientes são sujeitadas em maternidades como formas de violência por eles praticada.

Conforme aduz a referida pesquisa, dentre as causas da rejeição pelo reconhecimento da violência obstétrica está o temor em envolver-se em polêmicas e assim serem expostos na mídia, conforme tem-se observado nos últimos anos. Nesse ínterim, muitos médicos consideram que a mídia tem, reiteradamente, sensacionalizado a divulgação destes crimes.

Entretanto, o que se observa é que com o avanço de acesso à informação referente aos tipos de procedimentos que são proibidos ou inadequados e o modo de tratamento recebido pelas parturientes em hospitais e maternidades, iminentemente, a divulgação midiática da violência obstétrica tem crescido, servindo até mesmo como forma de prevenção ao passo que a divulgação da ocorrência desse tipo de violência é meio de levar mais informação às mulheres em geral.

Sens e Stamm (2019, p. 08), também destacam que a negligência é a forma de violência obstétrica que, comumente, é registrada, observada através da omissão no atendimento, podendo ser percebida na esfera individual, quando os profissionais encarregados de realizarem a assistência ao parto demonstram-se despreziosos em assistir a parturiente ou a tratam com desprezo; na esfera institucional, notada na peregrinação realizada pelas pacientes que buscam vagas ou disponibilidade de analgesia; e na relação humana, pela falta de informação, orientação e esclarecimentos à paciente.

Com efeito, mesmo mediante a recusa em aceitar a existência da violência obstétrica observa-se a grande recorrência desta forma de violação dos direitos das mulheres a exemplo da verdadeira peregrinação realizada por inúmeras parturientes até encontrarem profissionais disponíveis para auxiliá-las durante a realização do parto, além da recorrente falta de prestação de informações claras, representando a omissão médica.

A rejeição pelos profissionais médicos à nomenclatura desta forma de violência de gênero é abrangente a classe profissional, inclusive a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) já emitiu inúmeros pronunciamentos criticando a expressão “violência obstétrica”, considerando que o termo “impregna agressividade que beira a histeria”. Com efeito, recorrentemente, afirmam que o termo adequado é “violência no parto”, por envolver as más condições dos ambientes hospitalares e incluir outros agentes presentes no contexto do parto (Sens e Stamm, 2019, p. 06).

Com efeito, é possível observar certo grau de tentativa de minimização das práticas compreendidas como violência obstétrica à medida que considera-se que este termo é capaz de manchar o legado de muitos profissionais, conforme palavras emitidas pela FEBRASGO, supramencionadas.

Além disso, ao sugerirem a mudança da nomenclatura desta forma de violência de gênero para “violência no parto” sob a fundamentação de que a violência é registrada em decorrência das más condições do local de atendimento, é permissivo entender que os profissionais médicos, embora tomem para si o indevido protagonismo do parto através da recorrente limitação da autonomia feminina, não aceitam ser responsabilizados pelas inúmeras condutas que também por eles são praticadas, revelando uma tentativa de eximirem-se e imputar tal responsabilidade a terceiros, como ao Estado.

De modo análogo, no dia 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS), através despacho, sugeriu a não utilização da denominação “violência obstétrica”, considerando-a inadequada. Rodrigues (2022) infere que “a denominação desta forma de violência é empregada na literatura nacional e internacional há muitos anos, além de ser amplamente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde”.

Este posicionamento tão recente do Ministério da Saúde, órgão diretamente vinculado ao Poder Executivo Federal, representa retrocesso aos avanços que já estavam sendo construídos referentes ao combate desta forma de violência, haja vista que ao tentarem abolir o termo “violência obstétrica” acabaram dando razão à frente médica que busca, incessantemente, a institucionalização de diversas condutas abarcadas por esta forma de violência de gênero.

Assim, evidente a dificuldade em combater a institucionalização da violência obstétrica à medida que o maior órgão do país relacionado à saúde pública, o qual deveria ter posicionamento ferrenho ao combate desta problemática e defensivo aos direitos das parturientes, tenta “abafar” a grande recorrência destas condutas no Brasil através da proibição da utilização da nomenclatura em questão.

Conforme já amplamente destacado, em situações de violência obstétrica um dos direitos mais desrespeitado é a autonomia feminina, referente às suas opiniões e sobre seu próprio corpo.

Recentemente, foi realizado estudo cuja autoria é pertencente aos pesquisadores Cassia Roth, da Universidade de Geórgia, nos Estados Unidos, e Luiz Antonio Teixeira, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), *From Embryotomy to Cesarean: Changes in Obstetric Operatory Techniques in Nineteenth and Twentieth-Century Urban Brazil* tendo como objeto análise dos registros de violência obstétrica ocorridos em São Paulo e Rio de Janeiro. (Rodrigues, 2021)

Da atenta análise às evidências apontadas pela supramencionada pesquisa, é possível observar que um dos fatores mais característicos da violência obstétrica é a limitação da autonomia das parturientes durante os vários momentos da gestação ou do parto.

Com efeito, é destacada que a falta de autonomia é extremamente prejudicial e que, não raramente, os médicos acabam incorrendo na prática desta também forma de violência por não respeitarem o fato de que as mulheres são detentoras de conhecimento sobre seus corpos:

Essa falta de autonomia da mulher gera problemas em diversos níveis. Tanto para a mulher que quer fazer a cesárea, quanto para a que quer ter parto normal e para a que não quer ter o filho. É muito fácil falar às mulheres o que elas devem fazer, mas muito difícil você ouvir o que elas realmente querem fazer. No âmbito da cultura médica, há também uma ideia um tanto danosa de que existe somente uma forma certa de fazer as coisas, e as mulheres só devem falar no nível que não atrapalhe essa forma” (Rodrigues, 2021).

Não obstante, é permissivo afirmar que embora os profissionais apontem a importância da liberdade de escolha e a livre autonomia feminina no momento do parto, contraditoriamente, esperam sempre opiniões que sejam totalmente concordantes com as suas próprias indicações.

Assim, observa-se a existência de uma “pseudo-autonomia” onde a classe profissional, reiteradamente, afirma a importância da mulher tomar suas próprias decisões referentes ao modo como quer que se suceda o parto, mas na verdade elas acabam, geralmente, sofrendo imposições severas às suas opiniões ou, simplesmente, são ignoradas, haja vista o fato de ser sempre preferenciado o modo como o médico idealizou o parto, reforçando-se assim o modelo tecnocrático de assistência médica ao parto, onde o protagonismo feminino é cedido ao do médico, sua equipe, técnicas e instrumentos.

Destaca-se que, embora os médicos afirmem que “as mulheres bem informadas” são capazes de “colaborar” mais ao parto bem sucedido e com isso evitar a ocorrência de formas

de violência obstétrica, também afirmam que estas mesmas mulheres questionam, com maior frequência, e recusam a realização de procedimentos. Assim, acabam considerando-as como “radicais” e “difíceis de lidar” (Sens e Stamm, 2019, p. 06).

Desta forma, normalizou-se contrariar o real desejo das parturientes de modo a ferir sua autonomia na crença de que quando questionam os procedimentos médicos que lhes são dirigidos, estão agindo por mera influência de “modismos contemporâneos”.

Com efeito, Sens e Stamm (2019, p 03) consideram que a violação da autonomia feminina no contexto do parto pelos profissionais que realizam a assistência médica ao parto, em geral, não é vista como um ato de violência mas como “um exercício de autoridade em um contexto considerado ‘difícil’, e a violência vai sendo reproduzida como mais uma das formas de rotina do serviço”.

Além disso, corroborando com o alegado, é observado, por exemplo, que a tendência hodierna da medicina contemporânea tem recorrentemente patologizado os processos naturais do parto. Com efeito, a preferência pelo parto cirúrgico tem crescido grandemente de tal forma que, comumente, sem evidência de necessidade e indicação científica real os profissionais médico têm desaconselhado a realização do parto normal através do fornecimento de inverdades ou amedrontamento das parturientes. Assim, se revela também uma forma de violação da autonomia feminina.

Nesse sentido é a percepção de Sens e Stamm (2019, p. 09) em pesquisas e análises recentes:

A abordagem médico-cirúrgica do parto tende a superestimar os riscos do processo fisiológico, retratando a cesariana como um tipo de parto seguro, indolor, moderno e ideal. Assim, a obstetrícia atual perpetua a preferência médica pelo parto cirúrgico como medida profilática, que protege a mulher dos riscos inerentes e o profissional dos resultados incertos, relacionados ao parto normal. O maior número de intervenções para abreviar o parto são mais bem vistos pelos tribunais do que o parto normal. Em contrapartida, quanto mais tecnologias são inseridas na medicina e quanto mais se acredita nelas, menos se toleram as adversidades na assistência à saúde. E quanto menor a participação do paciente nas decisões, mais propício é o contexto para a judicialização da prática médica, com risco real de processos profissionais. Isso começa a perturbar emocionalmente o médico, contribuindo para a consolidação de uma “medicina defensiva” e a mentalidade de inclinação litigiosa.

Assim, evidencia-se a expansão da pretensão da classe médica em minimizar o máximo possível a participação das pacientes nas decisões referente aos procedimentos que sujeitam-se, mesmo que seja referente ao parto em si, momento ímpar na vida de uma família.

Observam-se os discretos e sutis posicionamentos tendentes à minoração da autonomia da parturiente.

Entretanto, Sens e Stamm (2019, p. 14) destacam que “a autoridade médica deveria ser reconhecida, somente, no plano técnico-científico, uma vez que, no plano moral, ambos os sujeitos encontram-se em situação de igualdade”. Fatidicamente, a realidade observada é contrária.

Ato contínuo, tem-se observado a exacerbada arbitrariedade por parte das condutas praticadas pelos profissionais durante a assistência ao parto, visto o frequente rechaço à liberdade sexual feminina e sua capacidade decisória no momento do nascimento de seus filhos. Nesse contexto, revela-se uma das principais fontes da violência institucional a que são submetidas dentro dos serviços de saúde, conforme vem sendo destacado por muitos autores nos últimos anos.

Ademais, a percepção de Sens e Stamm (2019, p.08) é complementar ao fazer entender que a institucionalização desse tipo de comportamento por parte da medicina obstétrica contemporânea estar enraizado no modo de formação deste profissionais, o que leva à compreensão da dificuldade de combater esse modo prejudicial de assistência médica:

A formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança e, por isso, a prática médica pode ser descolada do balizamento ético, priorizando competências em detrimento de valores como o cuidado.

Assim, é possível observar que a raiz da violência obstétrica é profunda, visto que desde a formação de novos profissionais determinadas condutas enquadradas como formas de violência obstétrica são repassadas, criando-se, assim, um ciclo vicioso que necessita ser reconhecido e combatido.

Outro tipo de conduta praticada pelos profissionais dos serviços de saúde que pode representar a tentativa da institucionalização das formas de violência obstétrica é a aversão de um grande número de profissionais ao chamado “plano de parto”.

Conforme Pulhez (2021, p. 78), os planos de parto são documentos elaborados pelas gestantes, preferencialmente, em diálogo com o profissional de saúde que realiza o pré-natal, em que elas enumeram uma série de preferências, desejos e expectativas para o momento do parto.

Trata-se de um documento muito importante e de extrema necessidade mediante a recorrência de formas de violência durante a assistência ao parto, posto que através desse a gestante pode documentar todas as práticas que não deseja que sejam realizadas pelos profissionais médicos além de indicar suas preferências.

Destaca-se que o plano de parto é recomendado pela Organização Mundial de Saúde, visto que, frequentemente, indica as benesses decorrentes da elaboração e efetiva utilização deste importante instrumento durante a assistência médica ao parto. Como exemplo de benefícios proporcionados pela utilização deste, é possível mencionar a maior facilidade de compreensão da mulher sobre o parto e uma forma de facilitar e deixar claro as vontades da paciente, sendo um excelente meio de auxiliar na tomada de decisões compartilhadas (Sens e Stamm, 2019, p.14).

Entretanto, tal documento não é bem visto por um grande número de profissionais da obstetrícia, haja vista que veem o plano de parto não como uma forma da mulher prevenir-se de abusos ou violências, mas, meramente, como uma forma de atrapalhar seu trabalho durante os procedimentos de assistência ao parto.

Neste sentido, Raphael Parente, integrante da Grupo de Trabalho em Saúde Materno-Infantil do CREMERJ, de modo a representar a percepção de um grande número de outros profissionais, tem feito oposição à popularização e utilização do plano de parto pois, para ele e tantos outros, as opiniões das mulheres representadas no documento, as quais considera como “imposições”, são prejudiciais a um parto bem sucedido (Pulhes, 2021. p.78).

Ato contínuo, como tentativa de repressão à utilização do plano de parto, elaborou a Resolução nº 293/2019, que dentre outros, vedava aos médicos aderir ao documento durante à assistência ao parto, conforme pode-se observar:

Art. 1º: É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal.

Art. 2º: A vedação contida no art. 1º não abrange as demais medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico (Rio de Janeiro, 2019).

Este é um exemplo concreto de tentativa de violação da autonomia das mulheres no momento do parto e traduz, portanto, a tentativa de institucionalização da violência

obstétrica posto a ausência de preocupação real com a parturiente, mas como única medida de proteção à classe profissional e às condutas reprováveis reiteradamente praticadas.

Assim é percebida uma grande aversão por parte dos profissionais da área médica ao plano de parto quando na verdade tal documento deveria ser percebido como uma forma de proteção e garantia aos direitos femininos, sendo este meio adequado de confirmação e respeito à autonomia sobre seus corpos.

Portanto, resta por evidente a tentativa hodierna da institucionalização da violência obstétrica mediante o incessante combate dos profissionais da obstetrícia à utilização da nomenclatura em questão por considerá-la inadequada e prejudicial para a classe profissional.

Além disso, a prática reiterada de determinadas condutas como o desrespeito à capacidade decisória e autonomia das parturientes além da manutenção de procedimentos contraindicados ou proibidos que, mesmo assim, continuam sendo realizados, haja vista os profissionais médicos desconsiderarem que são formas de violência contra a mulher, são indicativos fortes da tentativa da normalização desta forma de violência.

Por fim, observada a gravidade da problemática em questão, Tornquist (2002, p. 04) afirma que o modelo de assistência ao parto somente poderá ser modificado se ocorrerem mudanças estruturais nas rotinas hospitalares e, mais especificamente, na maneira de formação médica, sendo, entretanto, priorizada a recuperação da autonomia feminina, a partir da garantia de acesso a informação e de autoconhecimento sobre seus corpos, a fim de oferecer um contraponto à cultura medicalizante.

Portanto, urge que mudanças nos perfis de assistência ao parto sejam adotadas, primando pela proteção à integridade física, dignidade e autonomia das parturientes. Somente assim será possível combater a institucionalização da violência obstétrica.

## **5. VOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DIREITO E LEGISLAÇÃO**

Com a promulgação da Constituição Cidadã no ano de 1988, importantes mudanças concernentes à garantia de acesso a saúde foram anotadas. Ocorre que a Constituição Federal de 1988 inovou e introduziu novas diretrizes que devem ser adotadas pelos Poderes Públicos referentes aos procedimentos de observância e trato obrigatório no momento da prestação desse serviço público que é uma garantia social do cidadão.

Neste cenário, é mister destacar que o artigo 198 da Constituição Federal Brasileira de 1988 marcou permanentemente o modo como a saúde pública deve ser tratada no Brasil, haja vista a instituição do sistema único de saúde, que foi projetado com base na descentralização, no atendimento integral aos usuários e na participação da sociedade (Brasil,1988).

A nova Constituição, ao separar a saúde da previdência, promoveu uma ruptura com o modelo que prevalecia desde a Era Vargas, o qual atribuía ao Ministério da Saúde apenas a responsabilidade pelo combate às epidemias e tornava a assistência médica uma atribuição das instituições previdenciárias, segmentadas por categorias profissionais (Maia, 2010, p. 25).

Com efeito, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado com o objetivo de garantir a prestação dos serviços de saúde pública a todos que dele necessitassem, sendo organizado com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Na oportunidade, destaca-se que à medida que o SUS era implementado, houve uma grande expansão da medicina suplementar no Brasil. Entende-se que a saúde suplementar engloba ações e serviços privados prestados por meio de planos de saúde. Trata-se, portanto, da prestação de serviço exclusivamente na esfera privada (Maia, 2010, p. 25).

Deste modo, importante destacar que a Constituição Federal de 1988 ao estabelecer as diretrizes que devem ser observadas durante a prestação de serviços de saúde pública, também deixou assentado que a assistência privada à saúde é livre, bem como autorizou as instituições privadas de participarem de forma complementar ao SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, sendo dada preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, configurando-se assim a saúde complementar, acrescenta Maia (2010, p.25).

Hodiernamente, o sistema de saúde brasileiro é considerado híbrido, haja vista a coexistência dos setores privado e público e a participação de ambos no provimento e no

financiamento dos serviços. Então, evidente a força da rede privada de saúde e sua necessidade constante de capitalização máxima de pacientes, que nada mais são que clientes (Maia, 2021, p. 28).

Entretanto, Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), apenas 47,4 milhões de brasileiros têm um plano de saúde. Além disso, dados divulgados pelo SPC Brasil e Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (CNDL) apontam que cerca de 77% dos brasileiros estão sem assistência médica privada (Albuquerque, 2018).

Fatores como o desemprego, a pandemia e a instabilidade econômica no país são os principais motivos dessa abstenção, bem como as mensalidades exorbitantes que também impossibilita que grande parte da população brasileira busque a medicina suplementar (Albuquerque, 2018). Sendo assim, cedeço afirmar que a realidade dos brasileiros é recorrer aos hospitais da rede pública de saúde quando necessitam.

A teoria de garantia de acesso igualitário e universal a todos ficou no papel, haja vista que, embora assegure-se que toda e qualquer pessoa deva ser atendida pelo Sistema Único de Saúde, um grande número de brasileiros padecem em filas e calçadas de hospitais buscando a garantia de um leito disponível.

Conforme evidenciado por Ferraz (2008, p. 280), a rede pública saúde encontra-se em verdadeiro “caos” mediante a incapacidade de acomodação e efetiva garantia de atendimento a todos que necessitam dos serviços:

Esse é o cenário da medicina pública do Brasil, com filas de espera intermináveis, muitas vezes superiores há um ano para tratamento cirúrgico de qualquer doença, estando comprometidas os atos cirúrgicos de alta complexidade por absoluta falta de condições de atendimento e de equipamentos, medicamentos essenciais e disponibilidade de leitos de terapia intensiva para suporte a pacientes graves.

Nesta senda, observa-se que, embora sejam princípios basilares do SUS a universalidade, equidade e integralidade do atendimento, muitas pessoas são privadas de serem atendidas de modo adequado, em virtude de fatores diversos. Nesse ínterim, muitas mulheres em estado gravídico-puerperal, que necessitam da assistência médica, também são vitimadas pela inadequada prestação dos serviços de saúde.

Com efeito, ao terem leitos hospitalares e tantos outros serviços essenciais ao estado que se encontram negados, muitas parturientes são assim sujeitadas à violência obstétrica, que como já narrado, manifesta-se de diversas formas e durante distintos momentos.

Urge destacar que as práticas abarcadas por esta forma de violência representam severa violação a inúmeros dispositivos legislativos vigentes concernentes, sobretudo, ao direito fundamental de acesso à saúde e aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da liberdade, compreendendo a liberdade da mulher sobre seu corpo e capacidade de livremente tomar decisões, visto que a autonomia feminina em situações de violência obstétrica é severamente limitada pelos agentes causadores.

Neste ínterim, destaca-se que o artigo 6º da CRFB/88 prevê o direito de acesso à saúde como sendo um direito social, bem como nos moldes do artigo 196 também da CRFB/88, é acentuado o dever de garantia de acesso a este direito social de modo universal e igualitário a todos que necessitarem. Nesse ínterim, não é demais afirmar que a saúde é direito basilar à garantia da dignidade da pessoa humana (Brasil, 1988).

Com efeito, a “Convenção de Belém do Pará”, marco importante ao combate das formas de violência contra as mulheres, além de conceituar a violência contra a mulher em seu artigo 1º, acentua no art. 6º que “é direito de toda mulher ser poupada de qualquer forma de violência, assegurando-se o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada, livre de padrões estereotipados baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação” (Veloso e Serra, 2016, p. 258).

A Convenção de Belém do Pará foi um marco importante ao início dos debates acerca das formas de violência contra as mulheres. Conforme supramencionado, foi concluída em 1994, período em que os movimentos feministas ganhavam forças mas ainda era preponderante o machismo como traço típico de uma sociedade fundamentalmente patriarcal.

Entretanto, a Convenção de Belém do Pará não foi contemporânea à popularização e reconhecimentos das práticas compreendidas pela violência obstétrica, as quais somente nos anos 2000 passaram a se tornar mundialmente reconhecidas. Assim, na ocasião não foi abordada a temática nem traçadas estratégias ao combate da violência obstétrica, retardando, em determinado ponto, o combate desta forma de violência no Brasil.

Com efeito, entende-se como incontroverso que um dos principais óbices ao combate da violência obstétrica no Brasil é exatamente a fragilidade da legislação vigente, haja vista a ausência de tipificação penal e efetiva penalização das práticas abarcadas por esta tão recorrente forma de violência de gênero.

Ocorre que, diferentemente de outros países que já realizaram a tipificação da violência obstétrica como crime suscetível da aplicação de pena de detenção ou reclusão, no Brasil, sequer, existe uma qualificadora capaz de penalizar tais práticas.

Veloso e Serra (2016, p. 260) destacam que o Brasil não possui legislação específica sobre a temática, de tal forma que o combate a esta forma de violência ocorre de modo muito genérico e, por vezes, ineficaz. Na oportunidade, indicam a tramitação do o Projeto de Lei 7.633/2014. Tal projeto tem relação com a violência obstétrica mas em verdade não se trata de projeto que prevê a tipificação ou inclusão do crime na legislação penal:

No entanto, está em tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 7.633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências, como a erradicação da violência obstétrica. Como sujeito de direitos, a parturiente possui uma série de direitos, tais como: a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CRFB/88) como fundamento do Estado Democrático de Direito; o princípio da igualdade (art. 5º, I, CRFB/88) que a protege de todas as formas de discriminação; o princípio da legalidade (art. 5º, II, CRFB/88) que assegura autonomia à mulher; e ainda a proteção à vida, à saúde (acesso, segurança), à maternidade e à infância (Princípio da Beneficência).

É inegável a benevolência do projeto de lei em questão, mas assim como tantos outros de caráter municipal ou estadual, restringe-se a orientações e indicação quanto a importância da realização do parto humanizado.

Sobre o parto humanizado, destaca-se o “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento”, cujo um dos conceitos fundamentais é que a humanização da assistência obstétrica ao parto é condição primordial para um acompanhamento do período gravídico-puerperal adequado, sem nenhum prejuízo físico ou emocional à parturiente e ao neonato. (Brasil, 2002).

Com efeito, frisa-se que a humanização do parto compreende dois aspectos principais. O primeiro refere-se à convicção de que é dever das unidades de saúde receberem com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos comprovadamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (Brasil, 2002).

Não obstante, em verdade, o supramencionado programa e as leis vigentes que tratam sobre a violência obstétrica não prevê a efetiva inclusão da violência obstétrica como um tipo penal, fator considerado prejudicial ao combate desta forma tão recorrente de violência.

Neste compasso, de modo complementar, Veloso e Serra reconhecem como fator prejudicial ao combate da violência obstétrica a ausência de legislação adequada à tipificação e efetiva criminalização da conduta ao afirmarem que “a falta de legislação federal e específica sobre o tema, e a institucionalização de tais práticas nos ambientes hospitalares, seja ele público ou privado tem feito com que a violência obstétrica aumente cada vez mais no Brasil” (Veloso e Serra, 2016, p. 259).

É neste mesmo contexto, que Toledo e Janolio (2020, p. 13) destacam a omissão legislativa mediante a ausência de dispositivo legal que, de modo específico, tipifique a violência obstétrica. Para tanto, indicam outros países da América Latina que, se comparados ao Brasil, são evoluídos no quesito de combate a esta forma de violência de gênero. Nesse ínterim, citam a Argentina (Leis nº 25.929/04 e 26.485/09) e Venezuela (Lei nº 38.668/07) visto a vigência e a efetiva aplicação dos referidos dispositivos legais.

Além disso, os autores pontuam que no Brasil existem três projetos de leis com esse objetivo, trazendo regras para tratamento de parturientes e neonatos, maneiras de divulgação para a população de como devem ser tratadas e, por fim, a responsabilização dos agentes. Contudo, os projetos de lei que ora estão apensados, permanecem sem prosseguimento na Câmara dos Deputados (PL n.º 7633/2014, 7867/2017 e 8219/2017) (Toledo e Janolio, 2020, p. 13).

Com efeito, mediante a ausência de tipificação criminal da violência obstétrica, em geral, tais práticas são enquadradas como formas de lesão corporal, sendo, portanto, aplicadas penas referentes a este tipo penal, o que é inadequado, haja vista a violência obstétrica tratar-se de um crime muito mais grave que uma simples lesão corporal, uma vez que o período pré-natal, gravídico ou puerperal presume uma fase de maior fragilidade emocional da mulher. Logo, é permissivo afirmar que qualquer forma de violência por elas sofridas durante este período de suas vidas tem carga muito maior que simples cometimento de lesão corporal.

Veloso e Serra (2016, p. 264) pontuam que com relação à violência obstétrica, os crimes mais “elementares” que podem ser imputados aos profissionais de saúde são:

homicídio, lesão corporal, constrangimento ilegal, ameaça, maus-tratos, calúnia, difamação e injúria. Tal enquadramento está, diretamente, relacionado ao momento e à forma em que se deu a prática da violência, que, como já bastante destacado, pode ser física, psicológica e sexual.

Como prova da inconsistência da legislativa concernente à garantia dos direitos das parturientes, destaca-se a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, popularmente conhecida como “Lei de Acompanhante”, que em seu artigo 19-J estabelece a obrigatoriedade em autorizar-se que a parturiente seja durante o trabalho de parto acompanhada por algum familiar (Brasil, 2005):

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. § 2º: As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Mesmo sendo direito assegurado através de dispositivo legislativo federal, a aplicabilidade da norma é geralmente restringida, haja vista a recorrência de relatos de parturientes que foram privadas de manter contato com seus acompanhantes durante realização do parto.

Neste ponto, a pesquisa “Nascer no Brasil”, revelou que menos de 20% das mulheres são efetivamente beneficiadas pela Lei de Acompanhante, haja vista que a presença continua de acompanhante é restringida. Além disso, a pesquisa demonstra que ter acompanhe durante o parto é praticamente um “privilégios” das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram cesarianas como opção de parto (Veloso e Serra, 2016, p. 264).

Perceptível, portanto, o frequente desrespeito à normativa em questão por motivos diversos, não estando nenhuma parturiente isenta de tal violação, mas sendo, inegavelmente, mais recorrente às mulheres negras, com baixa renda e escolaridade.

Portanto, é possível afirmar que a violação da Lei de Acompanhante, é um exemplo da fragilidade da legislação vigente referente à proteção dos direitos das parturientes, sendo reflexo da ausência de tratamento com seriedade por parte do Estado, haja vista que mesmo sendo recorrente a privação deste direito no momento do parto, pouca ou nenhuma

atitude no sentido de repreender tal conduta é posteriormente praticada, possibilitando-se a futura reincidência de novos casos.

Por fim, já demonstrada a fragilidade da legislação brasileira referente ao combate e punibilidade das situações de violência obstétrica, importante destacar a responsabilidade do Estado na ocorrência do fatídico.

Com efeito, nota-se que a responsabilidade civil é marcada por um dano ocasionado pela lesão de um bem, juridicamente, tutelado sem, contudo, haver uma prática criminal. Neste caso, haverá reparação do dano (patrimonial ou moral) por meio de uma indenização ou compensação. Além disso, diferencia-se o ilícito civil do penal. Enquanto o primeiro é cometido pelo agente que, por ação ou omissão, age de maneira voluntária com negligência, imprudência ou imperícia, o ilícito penal é cometido pelo agente que por, ação ou omissão culpável, viola uma conduta tipificada pelo Direito Penal, contrariando um tipo penal específico (*numerus clausus*) (Veloso e Serra, 2016, p. 264).

Sob esse aspecto, Veloso e Serra (2016, p. 267), pontualmente, afirmam que a atividade profissional médica, em regra geral, constitui-se como “obrigação de meio”, ou seja, o agente se obriga a empreender a atividade sem garantir, todavia, o resultado esperado. Entretanto, deve usar de prudência e diligências normais, para a prestação devida do serviço, utilizando as melhores técnicas, objetivando alcançar um determinado resultado.

Desta forma, o erro médico consiste na falha profissional que resultou em dano. Além da responsabilização na esfera civil e/ou penal, o médico sujeita-se, ainda, às sanções administrativas do Conselho Federal de Medicina, podendo, inclusive, dependendo da gravidade do dano, ser proibido de exercer o ofício (Veloso e Serra, 2016, p. 269).

Reitera-se que, ao contrário de outros países da América Latina, como a Argentina, México e Venezuela, o Brasil ainda não possui legislação específica em âmbito federal sobre o tema em apreço. Nesse ínterim, na ausência de legislação federal específica, as parturientes têm sido amparadas pela esfera cível através do instituto da responsabilidade civil, mediante a reparação de danos, conforme previsão dos artigos 186 e 927 do Código Civil. Já na esfera penal, em casos mais graves, como a manobra de Kristeller e a episiotomia, podem ser enquadradas como crime de lesão corporal previsto no artigo 129 do Código Penal (Spacov e Silva, 2019, p. 12).

Pelo exposto, evidencia-se que umas das causas e empecilhos ao combate das práticas compreendidas pela violência obstétrica no Brasil está diretamente relacionada à fragilidade da legislação existente.

A ausência, em âmbito federal, de lei que tipifique a conduta em testilha é óbice relevante, haja vista que a ausência de previsão em dispositivos penais inviabiliza a punibilidade das muitas condutas inadequadas praticadas pelos profissionais que realizam a assistência ao parto.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do presente trabalho acadêmico, foram identificados os principais aspectos caracterizadores da violência obstétrica que, diariamente, acometem um grande número de parturientes, usuárias da rede pública ou privada de saúde, independentemente de fatores etários, sociais ou raciais, caracterizando-se, portanto, como uma forma de violência que submete todas as mulheres.

Fora narrada a evolução histórica dos procedimentos de assistência ao parto no Brasil, sendo possível observar, ao longo dos anos, a gradativa substituição das parteiras pelos médicos obstetras. Assim, notou-se a substituição da presença feminina (parteiras) pela masculina (médicos) no contexto de assistência ao parto, imprimindo traços da cultura patriarcal predominante nas várias relações sociais existentes.

Com efeito, restaram identificadas e caracterizadas as principais formas de violência obstétrica que podem ser física, verbal ou psicológica e sexual, de acordo com o momento e forma como é praticada.

Ato contínuo, demonstrou-se a inegável tentativa de institucionalização pela medicina contemporânea desta forma de violência, haja vista que, embora sejam comuns contraindicações por organizações médico-sanitárias como a OMS (Organização Mundial de Saúde), muitas práticas como a episiotomia, a manobra de Kristeller, as cesarianas eletivas, uso rotineiro de ocitocina sintética e outros, continuam sendo praticados com frequência no Brasil.

Ocorre que, embora a existência de contraindicações e estudos evidenciando os possíveis prejuízos que podem ser causados às parturientes e ao bebê, por conveniência ou mero comodismo, muitos profissionais presentes durante a assistência ao parto tentam tornar padrão (institucionalizar) determinadas técnicas e procedimentos.

Por fim, destacou-se que a gravidade da problemática é acentuada mediante a fragilidade da legislação vigente, posto a ausência de tipificação da violência obstétrica como um crime, destacando-se que, comumente, tal forma de violência é enquadrada como simples lesão corporal ou são aplicadas outras penas mais brandas aos agentes causadores.

Tal aspecto é fator preocupante ao combate da problemática, posto que sem a previsão legal, não sendo efetivamente criminalizada a conduta, a sensação de impunidade e

liberdade predomina e, assim, as condutas reprováveis continuam sendo reproduzidas e mais mulheres vitimadas.

Por todo o exposto, constata-se que a violência obstétrica é um grave problema de ordem pública e social. Portanto, urge que o Poder Público trate com maior seriedade e rigor a temática, de modo a providenciar a tipificação penal da conduta, totalmente, reprovável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e proporcionar a efetiva aplicabilidade das normas aos casos concretos, sendo esta uma forma de combater esta grave problemática.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Juliana. 77% dos brasileiros sem plano de saúde. Folha de Pernambuco, 2018. Disponível em: <<https://www.folhape.com.br/economia/77-dos-brasileiros-sem-plano-de-saude/59715/>>. Acesso em: 11 de nov. de 2023.
- ALESSANDRA, Karla. Participantes de debate defendem mais informação e investimento no parto domiciliar. Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/noticias/988762-participantes-de-debate-defendem-mais-informacao-e-investimento-no-parto-domiciliar/#:~:text=O%20parto%20domiciliar%20C3%A9%20realizado,Inform%C3%A1tica%20do%20SUS%20\(DataSUS\)](https://www.camara.leg.br/noticias/988762-participantes-de-debate-defendem-mais-informacao-e-investimento-no-parto-domiciliar/#:~:text=O%20parto%20domiciliar%20C3%A9%20realizado,Inform%C3%A1tica%20do%20SUS%20(DataSUS))>. Acesso em: 20 de nov. de 2023.
- BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/d1973.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm)>. Acesso em: 12 de nov. de 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria Executiva. Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília, 2002.
- BRASIL, Senado Federal. Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>> Acesso em: 25 de ago. de 2023.
- CARVALHO, Arthur *et al.* Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. Minas Gerais, Vol.26, n.1, p.52-58, 2019. Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306\\_114936.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_114936.pdf)>. Acesso em: 12 de nov. de 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. Resolução nº 1.246/88. Brasília (DF), 1990.
- RESOLUÇÃO CREMERJ nº 293/2019. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Rio de Janeiro (RJ), 2019. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l3268.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm)>. Acesso em: 12 de nov. de 2023.
- DINIZ, S. G, CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de saúde reprodutiva. São Paulo. p. 80-91. 2006. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod\\_resource/content/1/O%20E2%80%9C%20corte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9C%20corte%20por%20baixo%20E2%80%9D.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E2%80%9C%20corte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9C%20corte%20por%20baixo%20E2%80%9D.pdf)>. Acesso em: 12 de nov. de 2023.
- DUTRA, J. C. Violência obstétrica: mais um exemplo de violação aos direitos das mulheres. Departamento de Ciências Jurídicas UFPB, Santa Rita, 2017. Disponível em: <

<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/11399/1/JCD29112017.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. de 2023.

FERRAZ, Edmundo. O caos no atendimento do Sistema Único de Saúde. *Rev. Col. Bras. Cir.*, vol. 35 - nº 5, p. 280-281, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/Jf6H5ysW6k7Q5ztL7cDqWdm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 de nov. de 2023.

KAPPAUN, Aneline; COSTA, Marli. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. *Revista Paradigma, Ribeirão Preto-SP*, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020.

LARA, Natalia. O Parto Adequado: evidências científicas e os seus desdobramentos no Brasil e no Mundo. IESS, São Paulo (SP), 2022. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/sites/default/files/2022-01/TD%2085%20IESS.pdf>>. Acesso em: 20 de nov. de 2023.

MACEDO, Thaís. Com dor darás a luz: Retrato da violência obstétrica no Brasil. 2013. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/43475/Com-dor-daras-a-luz.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 de out. de 2023.

MAIA, MB. Assistência à saúde e ao parto no Brasil: Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.

MARTINS, Aline; BARROS, Geiza. Parirás na dor: Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev Dor. São Paulo*, 2016 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdor/a/tgYkjrZLZ3MQxmpmknYRbgk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 de out. de 2023.

MARTINS, APV. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Editora Fiocruz, História e Saúde collection. Rio de Janeiro, 2004.

PESTANA, Thiago. A caracterização do assédio moral obstétrico e suas consequências no Ordenamento Jurídico Brasileiro. *Revista FIDES*, v. 14, n. 1, p. 13-31, 14 jun. 2023.

PULHEZ, Mariana. Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Juiz de Fora*, n. 33, 2021. Disponível em: <[file:///C:/Users/Kaio%20Luis/Downloads/31695-Texto%20do%20artigo-147488-1-10-20211003%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kaio%20Luis/Downloads/31695-Texto%20do%20artigo-147488-1-10-20211003%20(1).pdf)>. Acesso em: 01 de out. de 2023.

RBA, Redação. As outras dores do parto. *Revista do Brasil*, Edição 69, abril de 2013. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/revistas/as-outras-dores-do-parto/>>. Acesso em: 05 de out. de 2023.

REIS, Thamiza da Rosa dos *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 1, Santa Maria (RS), 2017.

RODRIGUES, Karine. Estudo aborda processo histórico que levou a disseminação do parto cirúrgico. Agência Fiocruz de Notícias, Rio de Janeiro (RJ), 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/print/96882>>. Acesso em: 18 de out. de 2023.

RODRIGUES, Karine. Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil. Agência Fiocruz de Notícias, Rio de Janeiro (RJ), 20 de maio de 2022. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/tese-faz-analise-historica-da-violencia-obstetrica-no-brasil>>. Acesso em: 08 de out. de 2023.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero, patriarcado, violência. Expressão Popular, 2º ed.: Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2015.

SAMPAIO, Juliana; ALBUQUERQUE, Tatiana; HERCULANO, Thuany. Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/vs4HTDRySvvdRNpxCYLs8qk/>>. Acesso em: 18 de out. de 2023.

SENS, Maristela; STAMM, Ana Maria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. Interface, (Botucatu). 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/yMPTcmQQDRzbxYVvLvPRnKM/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 de out. de 2023.

SILVA, Samyla *et al.* Violência obstétrica: uma reflexão em defesa da utilização do termo. Ed. Popular, v. 20, n. 1, p. 4-13. Uberlândia, 2021.

SPACOV, Lara Vieira, SILVA, Diogo Severino Ramos. Violência Obstétrica: Um olhar jurídico desta problemática no Brasil. Derecho y Cambio Social, 2019. Disponível em: <[https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/Derecho-y-Cambio\\_n.55.23.pdf](https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Derecho-y-Cambio_n.55.23.pdf)>. Acesso em: 12 de out. de 2023.

TOLEDO, Flávia Benício. JANOLIO, Luciana. A institucionalização da violência obstétrica como uma violência médica e de gênero. XIX Encontro de História da Anpuh-Rio. Rio de Janeiro, setembro de 2020. Disponível em: <[https://www.encontro2020.rj.anpuh.org/resources/anais/18/anpuh-rj-erh2020/1596225487\\_ARQUIVO\\_a890b666d8d0c97ef1cde4f017ef3419.pdf](https://www.encontro2020.rj.anpuh.org/resources/anais/18/anpuh-rj-erh2020/1596225487_ARQUIVO_a890b666d8d0c97ef1cde4f017ef3419.pdf)> Acesso em: 10/11/2023.

TORNQUIST, C. S. (2002 Publicado em 01/01/2019.). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Revista Estudos Feministas, 10(2), 483-492. Santa Catarina, 2002.

TORNQUIST CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad Saúde Publica. Santa Catarina, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/t7PPK6rNCKBFtY3ZQXXKhXj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 de nov. de 2023.

VELOSO, Roberto. SERRA, Maiane. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, v. 2, n. 1, p. 257 – 277. Brasília, 2016.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R.. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo/Sesc. São Pulo, 2010. Disponível em: < <https://>

fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra\_0.pdf > .  
Acesso em: 10 de out. de 2023.

ZANARDO, Gabriela *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre (RS), 2017. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/abstract/?lang=pt>>.  
Acesso em: 18 de out. 2023.

## GLOSSÁRIO

**Cesárea:** forma de nascimento de bebês por via cirúrgica, normalmente indicada quando há risco para realização de um parto normal.

**Cesárea eletiva:** cesárea marcada antecipadamente pelo obstetra, sem indicação de necessidade da cirurgia.

**Episiotomia:** corte bem pequeno feito no períneo, a área entre o ânus e a vagina, com o propósito de aumentar o canal de parto.

**Manobra de Kristeller:** aplicação de pressão na região superior do útero com objetivo de facilitar a saída do bebê.

**Obstetrícia:** ramo da medicina que se ocupa da gravidez, do parto e da evolução da saúde feminina no período imediatamente subsequente a ele.

**Ocitocina:** hormônio que tem a função de promover as contrações musculares uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação.

**Parto natural:** parto normal que ocorre sem nenhuma intervenção médica ou farmacológica, como anestésias, cortes ou medicamentos.

**Parto normal:** parto fisiológico, em que o bebê nasce através do canal vaginal. Também chamado de parto vaginal.

**Parturientes:** mulher que está em trabalho de parto ou que acabou de parir.

**Puerpério:** período que decorre desde o parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltem às condições anteriores à gestação.

**Neonato:** ser humano considerado desde o dia de seu nascimento até o 28º dia de vida.