

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS (CCJP)  
ESCOLA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS (ECJ)**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:  
UMA AMEAÇA AO DIREITO DA MULHER**

**ROBERTA PEREIRA LAHAM**

**RIO DE JANEIRO  
JUNHO DE 2018**

**ROBERTA PEREIRA LAHAM**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA AMEAÇA AO DIREITO DA MULHER**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas e Políticas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito

Orientadora: Prof. Simone Schreiber

RIO DE JANEIRO

JUNHO DE 2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIRIO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS (CCJP)**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS (ECJ)**

Título do trabalho: Violência obstétrica: uma ameaça ao direito da mulher

Elaborado por: Roberta Pereira Laham

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas e Políticas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito

Orientadora: Prof. Simone Schreiber

Comissão Examinadora:

Nome do Orientador: Simone Schreiber

Nome do Examinador 1: Elizabeth Sussekind

Nome do Examinador 2: Ana Paula Sciamarella

Assinaturas:

Nota Final: \_\_\_\_\_

RIO DE JANEIRO  
JUNHO DE 2018

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, mulher de garra a quem devo todo meu aprendizado e o acesso ao ensino público que tive para que pudesse ingressar no ambiente universitário e todos outros a partir deste.

Ao meu filho, com quem construo diariamente uma infinita troca de ensino e aprendizado, sem o qual não teria vivenciado as experiências que me inspiraram a escrever esse trabalho sobre tantas mulheres e sobre mim mesma, e sem o qual a existência não teria qualquer significado.

Ao meu companheiro Miguel e toda nossa família, responsáveis pela rede de apoio e estruturas que me permitiram concluir esse trabalho como planejado.

À todos aqueles que encontrei durante meu percurso acadêmico e pude trocar experiências, especialmente às mulheres que me inspiram diariamente a estudar, ouvir e amparar mais mulheres.

À Alexia, amiga e companheira de luta, com a qual construí uma forte amizade e rede de apoio materna a partir dos ideais em comum sobre sororidade, emancipação feminina e a desconstrução do machismo.

À Marina, Juliana e Ana Franco, amigas que se fizeram presentes em momentos de união, gentileza e afeto e permitiram percorrer todo este caminho com mais leveza.

Aos meus companheiros de movimento estudantil que me permitiram vivenciar um momento memorável de luta e resistência diante da falta de assistência estudantil, sucateamento do ensino público em escala nacional e retrocessos políticos.

À todos os professores e professoras que contribuíram imensamente para minha formação acadêmica e enquanto pessoa.

*“Enquanto viver, uma mulher lembrará  
de como a fizeram se sentir durante o  
nascimento de seus filhos.”*

*Anna Verwaal*

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo expor a violência obstétrica como uma forma de violação dos direitos da mulher e analisar os aspectos jurídicos desse fenômeno. Inicialmente, o trabalho apresenta a historicidade do parto e a evolução deste evento ao longo dos séculos, conforme as inovações científicas e tecnológicas. Nessa linha, analisa o direito da mulher no ordenamento jurídico contemporâneo, bem como seus direitos enquanto parturiente, em contraponto aos índices de violência praticados contra a mulher. Em seguida, o trabalho aprofunda sua temática caracterizando a violência obstétrica e apresentando suas nuances a partir de explicações doutrinárias e a coletânea de relatos. Expõe a incidência da violência obstétrica como um mecanismo institucionalizado que se potencializa contra minorias como mulheres em situação de abortamento e mulheres negras. Ao final, o trabalho apresenta os aspectos jurídicos da violência obstétrica analisando legislações sul-americanas contemporâneas sobre o tema, seu tratamento legal dado a este fenômeno no Brasil e os projetos de lei para sua erradicação, bem como a humanização do parto como alternativa para o atual cenário.

**Palavras-chave:** Direito da mulher. Violência contra a mulher. Violência obstétrica. Violência institucional. Humanização do parto.

## **ABSTRACT**

The work under reference has as object expose obstetric violence as a form of violation of women rights and analyze legal aspects of this phenomenon. First, the work presents the history of childbirth and its evolution over the centuries, according to scientific and technological innovations. In this line, analyzes women rights in contemporary legal order, also the rights as parturient, in counterpoint to the levels of violence against women. Then, the work deepens its theme characterizing obstetric violence and presenting its various forms by doctrinal explanation and stories set. Exposes the incidence of obstetric violence as an institutional mechanism that potentializes against minorities like women in situation of abortion or black women. Finally, the work presents the legal aspects of obstetric violence analyzing contemporary South American laws about it, its legal treatment in Brazil and the law projects to its eradication, also the humanization of childbirth as an alternative to the current situation.

**Keywords:** Women rights. Violence against women. Obstetric violence. Institutional violence. Humanization of childbirth.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2. DIREITO DA MULHER NO PARTO</b> .....	10
<b>2.1. História do parto</b> .....	10
<b>2.2. Dos direitos da mulher na CF/88</b> .....	14
2.2.1 Dos direitos da parturiente.....	17
<b>2.3. Violência contra mulher no Brasil</b> .....	20
<b>3. CONCEITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> .....	24
<b>3.1. Conceito e formas da violência obstétrica</b> .....	24
3.1.1. Violência obstétrica física.....	26
3.1.2 Violência obstétrica psicológica.....	30
3.1.3. Violência obstétrica sexual.....	32
<b>3.2. Da institucionalização do parto cesárea</b> .....	36
<b>3.3. Violência obstétrica contra mulheres negras</b> .....	43
<b>3.4. Violência obstétrica em situação de abortamento</b> .....	48
<b>4. OS ASPECTOS JURÍDICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL</b> .....	54
<b>4.1. Da violação dos direitos humanos e legislação vigente</b> .....	55
4.1.1. Lei do Acompanhante.....	57
4.1.2. Lei de Doulas.....	62
<b>4.2 O tratamento da violência obstétrica na América do Sul</b> .....	68
4.2.1. O combate à violência obstétrica no Brasil.....	75
<b>4.3. Movimentos de humanização do parto</b> .....	85
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	96

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história pós-moderna, as conquistas e direitos das mulheres resultaram de intensa luta pela igualdade de gêneros e combate ao machismo. A partir da conquista de direitos básicos, como o voto, a figura da mulher passou a confrontar o estereótipo de fragilidade e incapacidade para ocupar mais espaços e integrar a tomada de decisões, demonstrando que as diferenças entre homens e mulheres deveriam ser abordadas tão somente no campo fisiológico.

Apesar das vitórias e do despertar para o reconhecimento das opressões do machismo e misoginia, a luta pela igualdade de gêneros é contínua: na contemporaneidade a mulher permanece oprimida exclusivamente pelo seu gênero. A materialização mais evidente dessa opressão são os variados tipos de violência sofridos pela mulher, dentre eles um tipo de violação até então pouco debatido e confrontado em nossa sociedade: a violência obstétrica.

O ato de parir vivenciado exclusivamente pela mulher é um ato fisiológico que a diferencia biologicamente, socialmente e politicamente. O fato de ser uma minoria política carrega para este evento uma série de opressões físicas, psicológicas e sexuais que se reproduzem nos ambientes hospitalares que, conforme se desenvolverá ao longo do trabalho, não foram projetados para a mulher, tampouco para o processo de parturição.

Através do presente trabalho, busca-se conceituar e caracterizar a violência obstétrica como fruto da existência oprimida vivenciada pelas mulheres. Primeiramente, discorre-se sobre a historicidade do parto e como as evoluções científicas, sociais e tecnológicas influenciaram modificações que tornaram os procedimentos e intervenções atuais parte da assistência convencional. Por meio da abordagem histórica do parto e é possível compreender como os procedimentos e tratamentos violadores do corpo da mulher resultaram de fatores políticos e sociais que sempre preteriram a mulher e, portanto, prejudicaram ensaios clínicos, diagnósticos, cura e alívios como a analgesia.

A violência obstétrica possui vastas definições que coadunam em um mesmo denominador: aquela sofrida por mulheres em um momento de fragilidade, dor e anseios. Nesta senda, o segundo capítulo explora diretamente a temática exaurindo o conceito de violência obstétrica e suas nuances que, para fins desse trabalho, se delimitam em física, psicológica e sexual. De outra banda, como toda violência sofrida pela mulher, a violência obstétrica se potencializa quando encontra grupos vulnerabilizados, como as minorias políticas. No presente trabalho, analisa-se a violência obstétrica contra mulheres em situação de abortamento, vulnerabilizadas pela clandestinidade do procedimento, mesmo que o evento decorra de causas naturais, bem como das mulheres negras que possuem marcadores sociais relacionados ao racismo e o preconceito de classe.

Finalmente, faz-se necessária uma análise dos aspectos jurídicos da violência obstétrica para compreender o grau de violação dos direitos da mulher. Primeiro, invoca-se a legislação sul-americana vigente a respeito do tema, analisando especificamente leis venezuelanas e argentinas de tratamento legal da violência contra mulher e o parto humanizado. Em seguida, é feito um levantamento do tratamento legal da violências obstétrica no Brasil, considerando que a legislação pátria não conta com dispositivos que coíbam a prática. Nessa toada, são abordados o cumprimentos de dispositivos na legislação esparsa que não versam diretamente sobre a violência obstétrica, mas garantem um tratamento mais digno e humanitário às mulheres, a exemplo da Lei de Doulas e Lei do Acompanhante. O último capítulo aborda ainda os movimentos de humanização do parto no Brasil e suas premissas baseadas em evidências e numa assistência diferente da assistência convencional, sendo este um modelo que resgata o reconhecimento do parto como um evento fisiológico e natural onde a mulher é o centro.

## **2. DIREITO DA MULHER NO PARTO**

Por simbolizar o início de uma nova vida humana, o parto é um dos momentos mais aguardados e celebrados ao redor do mundo. Embora associado exclusivamente a figura feminina na maioria das vezes, é importante compreender a existência de elementos sociais e culturais que caracterizam este evento de acordo com cada civilização.

Nesse sentido, faz-se necessária uma análise da historicidade do parto em conjunto com o direito e realidade da mulher em nossa sociedade para iniciar a compreensão dos fatores que geram a violência obstétrica.

### **2.1. História do parto**

O ato de parir, em linhas gerais, significa trazer ao mundo um ser que foi gerado e nutrido em ventre materno por 9 (nove) meses. Apesar dessa experiência ser um marco na vida de toda mulher, os procedimentos e métodos utilizados no parto, bem como seu simbolismo, podem variar entre civilizações e culturas.

Os registros mais antigos de parto datam milhares de anos a.C em esculturas ou gravuras, retratando a figura da parturiente sem apoio ou instrumentos específicos para auxílio no parto. Esse tipo de registro sugere um afastamento da mulher para dar à luz em um processo típico de comunidades antigas que, à ausência de conhecimentos científicos e estudos relacionados a anatomia humana, se guiavam por instintos e crenças, sendo similar a registros em algumas tribos da África e Amazonas, no Brasil (MELO, V.H., 1983).

Em algumas tribos indígenas brasileiras, o parto consistia como uma tarefa realizada pela própria mulher, que vinha a cortar o cordão umbilical do nascituro com a própria boca ou lasca de taquara. Após o parto, a parturiente seguia com suas atividades habituais e o repouso cabia ao pai que aguardava de repouso onde recebia felicitações da comunidade pelo nascimento do bebê. Isto porque, de acordo com a cultura local, havia a crença de que o homem estava intimamente ligado ao filho por ter cedido o sêmen, enquanto o ventre feminino consistia

apenas em um "saco" (PACIORNIK, 1987).

Enquanto isso, em sociedades consideradas civilizadas, devido aos papéis de gênero, até o século XVII a gravidez e o parto eram considerados um "assunto de mulheres", (MALDONADO, 2002). À época, a medicina ainda carecia de estudos voltados exclusivamente para a saúde da mulher e alguns temas como a menstruação, fecundação, gravidez e parto, pairavam na sociedade como um tabu. Nesse sentido, a figura da parteira tornou-se relevante por muitos séculos e permeou diversas culturas e sociedades, enquanto a figura do médico até o século XX não era prioritária, uma vez que “eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas” (HELMAN, 2003, p. 159).

Historicamente, a presença da parteira era imprescindível porque criava um clima emocional favorável para a parturiente, além da presença da mãe, devido a experiência. Nesse sentido, destaca-se

Esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras. (DEL PRIORE, 1995, p. 263, citado por WOLFF; MOURA, 2004, p. 280):

No entanto, a figura da parteira viria a sofrer desgaste entre os séculos XIV e XVII por alguns fatores como a inovação tecnológica e períodos de repressão a culturas e procedimentos considerados pagãos. Durante a caça às bruxas, por exemplo, as autoridades reprimiam mulheres pelos mais diversos motivos, sendo um deles o conhecimento de métodos ou procedimentos medicinais diferentes aos tradicionais e, portanto, relacionados ao curandeirismo. Nessa toada, por prestarem assistência a partir de conselhos e alternativas que amenizavam a dor do parto numa época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original, a figura da parteira passou a ser desacreditada e subjulgada (SPINK, 2013).

De outra banda, há o surgimento da obstetrícia como especialidade no ensino médico em 1806. Com os primeiros estudos da anatomia da mulher, são criados métodos e instrumentos com intuito de diminuir a mortalidade materna e infantil. O fórceps, instrumento cirúrgico similar a uma tenaz, criado no fim do século XVI por Peter Chamberlain, passa a ser utilizado na medicina obstetrícia para retirada do feto do útero da mãe à força em casos de partos considerados difíceis (MALDONADO, 2002). A utilização do fórceps foi considerada uma revolução no parto e um auxílio aos médicos, ainda que existam inúmeros relatos de lesões cranianas em bebês devido ao procedimento, bem como lesões genitais às parturientes.

Além desse instrumento, é importante ressaltar a introdução da mesa de parto como um elemento-chave nas mudanças que viriam a inovar a história do parto. Diferente dos procedimentos mais antigos,

"[...] com a introdução da mesa de parto, a mulher passou a ficar deitada para que o médico pudesse ver melhor o que estava acontecendo; surgiram também argolas e correias que imobilizavam a mulher" (MALDONADO, 2002).

Com as inovações e modificações ao longo dos séculos, a legitimação da figura do médico ou cirurgião durante o procedimento do parto passou a ganhar força entre as sociedades urbanas, ocorrendo posteriormente a migração do parto caseiro para o parto hospitalar. Neste ponto, a figura do médico ou cirurgião durante o parto, bem como a medicalização da mulher através de anestesia, torna-se possível a realização de um novo tipo de parto: a cesárea.

A cesárea pode ser definida, em linhas gerais, como a realização do parto através de um corte no ventre que possibilita a retirada do bebê e, logo após, a costura da incisão. Esse procedimento pode antecipar o nascimento do bebê de acordo com determinação do médico ou ser realizado durante o trabalho de parto, caso se faça necessário, sendo a segunda forma mais comum no início da prática. Isto porque, à falta de recursos e conhecimentos médicos necessários, as cesáreas eram responsáveis pela morte de 90% das gestantes e crianças na Europa do século XIX (D'ANGELO, 2017).

Já nos primeiros meados do século XX ocorre a institucionalização do parto com a remoção da parturiente para ambiente hospitalar, onde o procedimento passa a ser conduzido por médicos e enfermeiros. Nesta época, a medicalização do parto com utilização de anestesia e a cesariana foram considerados revolucionários nos campos da obstetrícia, visto que aceleravam o procedimento e garantiam maior número de partos realizados e ofereciam uma alternativa supostamente menos dolorosa para o parto.

Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um apagamento da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou twilight sleep) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. (DINIZ, 2005).

Nessa toada, primordialmente, a institucionalização do parto tinha como objetivo assegurar a saúde da parturiente e do bebê, bem como reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal que até poucos séculos atrás eram altíssimas.

De outra banda, o ambiente hospitalar não oferecia o mesmo acolhimento ou familiaridade que o parto domiciliar. A organização do ambiente hospitalar reproduziu os modelos de organização e disciplina utilizados nos exércitos. Isto porque, inicialmente, o hospital era um ambiente coordenado por religiosos e com o advento das guerras armadas, houve a demanda de um ambiente que curasse soldados feridos para retornar ao combate (FOUCAULT, 1982).

Outrossim, o ambiente hospitalar foi projetado como local de hierarquia, organização e disciplina, onde o paciente perde a autonomia para manter o referido padrão. Nessa vereda, a transferência do parto do ambiente familiar para um local coletivo e hierarquizado onde ocorrem procedimentos de limpeza, nudez e jejum objetificaram a mulher no processo do parto e nascimento, sendo a desumanização o preço da melhoria das condições de parto. (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005).

Outra face da institucionalização do parto é o afastamento da

família durante o evento (STORTI, 2004), uma vez que o controle passa a ser do médico apropriado de conhecimento para conduzir os procedimentos clínicos. Dessa forma, as mulheres são inseridas em ambientes coletivos que não dispõem de privacidade, ou capacidade para abrigar a família, e passam de figura central no momento do parto para pacientes com uma atitude passiva diante de procedimentos que podem ser realizados de forma invasiva ou agressiva.

No Brasil, somente décadas após a inserção de procedimentos intervencionistas, começaram a se desenvolver projetos voltados para melhoria da saúde pública da mulher. Até a década de 80, por exemplo, a saúde pública da mulher tinha sua atenção reduzida para o nicho materno-infantil. Nesse decênio, ocorreu um salto de qualidade nas políticas públicas brasileiras que viriam a incluir a formulação de propostas integrais a saúde da mulher, incluindo serviços públicos de contracepção e pré-natal, por exemplo. A ampliação de políticas públicas relacionadas a saúde da mulher pode ser compreendida em um contexto sociocultural como um resultado do movimento feminista do final dos anos 70. (MATOS et al, 2013, p. 875).

Atualmente, a medicina retorna aos conceitos de naturalização do parto como caminho mais seguro para a parturiente e o bebê - a cesárea e demais procedimentos vêm a ser aconselhados em casos de risco fetal ou materno. Recentemente, a OMS (Organização Mundial de Saúde) divulgou diretrizes para incentivar o parto natural e reduzir a medicalização, bem como técnicas e intervenções que aceleram o nascimento do bebê. As novas diretrizes se apoiaram em mais de 200 publicações científicas e 56 recomendações direcionadas aos serviços de saúde, seguindo a tendência de valorizar o nascimento natural visto que há um excesso de práticas intervencionistas, até mesmo quando se trata de uma gestação saudável (OMS, 2018).

## **2.2. Dos direitos da mulher na CF/88**

A desigualdade entre gêneros se faz presente em todos os segmentos da sociedade e por muitos séculos esteve baseada em leis

discriminatórias e machistas que suprimiam direitos básicos das mulheres e privilegiavam homens. Nesse sentido, a mulher foi considerada inferior pela legislação em seu ambiente doméstico, laboral e sua participação política era ínfima ou nula, caracterizando uma minoria vulnerável e carente de direitos básicos. Enquanto isso, os próprios movimentos em favor dos direitos humanos tratavam de forma secundária a pauta feminina e os movimentos por igualdade e emancipação (BARRETO, 2010). Isto porque, muitos países e nações, até poucos séculos atrás tratavam como "cidadão" exclusivamente o homem.

Na história do Brasil, durante muitos séculos a mulher não tinha direito de voto, uma vez que a Constituição Republicana, de 1891, declarava eleitores todos os cidadãos maiores de 21 (vinte e um) anos que se alistassem, na forma da lei (MACIEL, 2007). Somente no século XX a luta por direitos e equidade entre gêneros ganhou força. A criação da Federação Brasileira para o Progresso Feminino por Bertha Luz inaugurou a organização de mulheres brasileiras na luta pela conquista do direito ao voto igual ao do homem. Somente 12 (doze anos) depois de sua criação, a organização conquistou sua primeira vitória com o reconhecimento do direito de voto nas eleições para a Constituinte de 1932, durante o governo Vargas. A próxima conquista dentro dos campos do legislativo ocorreria somente cinco décadas após árdua luta e insistência na participação política das disputas nacionais.

A Constituição de 1988 surgiu como sucessora da Carta Magna vigente durante o período de ditadura em uma sociedade que passava por redemocratização e clamava por mais direitos humanos. Nessa toada, a promulgação da Constituição de 1988 foi responsável pela constitucionalização e consolidação dos direitos fundamentais após anos de intervenção militar, insegurança jurídica e esvaziamento político da democracia (BELLOZO, REZENDE, 2000). Com o advento da Carta Magna atual, ocorreram alterações e adoção de novos direitos que viriam a modificar profundamente o ordenamento jurídico brasileiro e nortear as relações sociais com base na igualdade entre todas as pessoas e gêneros. Nesse sentido, cabe destacar o enunciado do art. 5º, caput e inciso I, que bem determinam:

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

(...)

I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;”

O texto constitucional contemporâneo restou como um marco na defesa de direitos igualitários para homens e mulheres, sendo inconstitucional qualquer discriminação por gênero que possa vir a ocorrer de forma pública ou privada. Isto porque, a partir do dispositivo constitucional supracitado é possível conceber o Princípio da Igualdade que prevê aos cidadãos tratamento isonômico perante a Lei e na Lei, restando vedadas quaisquer diferenciações arbitrárias que não se norteiem pelos valores da Constituição Federal.

No entanto, somente o reconhecimento de igualdade perante a lei não seria necessário para suprimir o desfavorecimento histórico das mulheres perante os homens. Ainda que as mulheres tivessem os mesmos direitos e oportunidades, se fez necessária a criação de condições, ou exceções, que possibilitasse aproveitá-los. Nessa toada, é possível compreender o conceito de igualdade material, no qual o Estado deve atentar para as diferentes realidades sociais vividas por todos os seus cidadãos e, a partir disto, adotar medidas que assegurem ter igual acesso a seus direitos (MACIEL, 2007).

Nessa toada, foram reconhecidos direitos que oportunizaram às mulheres condições de equidade perante os homens. Dentre eles, pode-se destacar a licença-maternidade para a mulher (artigo 7º, incisos XVIII e XIX); o incentivo ao trabalho da mulher, mediante normas protetoras (artigo 7º, inciso XX); prazo mais curto para a aposentadoria por tempo de serviço e contribuição da mulher (artigo 40, inciso III; artigo 201, parágrafo 7º). A aplicação dessas políticas especiais e a garantia de direitos exclusivos às mulheres pode ser compreendida como uma tentativa de inseri-las em um nível de competição similar a dos homens, visto que foram historicamente marginalizadas em benefício daqueles (CLÈVE,

RECK, 2007).

A partir disso, evidencia-se que as exceções previstas no texto constitucional em favor da mulher constituem o reconhecimento de uma desigualdade histórica entre os gêneros e um desfavorecimento inerente à condição feminina em diversos setores da sociedade. Outrossim, os dispositivos tem como objetivo garantir a equidade entre sexos e, portanto, não contradizem o princípio geral da Constituição e seus princípios norteadores.

### 2.2.1 Dos direitos da parturiente

A conquista dos direitos da mulher previstos na Constituição de 1988 foram um importante marco na luta pela igualdade e emancipação feminina. Com o advento da atual Carta Magna, tornou-se possível assegurar legalmente a proteção e dignidade mulher em etapas como gestação e puerpério a partir da licença-maternidade, por exemplo. Nessa toada, pode-se compreender que a criação desses dispositivos preconizaram projetos e leis que garantissem os direitos da parturiente.

Conforme preceitua o art. 196 do texto constitucional,

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

Nessa vereda, a Constituição Federal preceitua em seu art. 1º, inc. III, CF/88 a dignidade da pessoa. Para BARROSO (2014, p. 64), a dignidade humana, é um valor fundamental convertido em princípio jurídico de estatura constitucional, servindo como justificação moral e fundamento normativo para os direitos fundamentais. Consoante a este entendimento, o autor discorre sobre a relação profunda entre dignidade humana e direitos humanos:

"A dignidade humana e os direitos humanos (ou fundamentais) são intimamente relacionados, como as duas faces de uma mesma moeda ou, para usar uma imagem comum, as duas faces de Jano. Uma,

voltada para a filosofia, expressa os valores morais que singularizam todas as pessoas, tornando-as merecedoras de igual respeito e consideração; a outra é voltada para o Direito, contemplando os direitos fundamentais. Esses últimos representam a moral sob a forma de Direito ou, como assinalado por Jürgen Habermas, "uma fusão do conteúdo moral com o poder de coerção do Direito". " (BARROSO, 2014, p. 75)

A partir disto, compreende-se que o corpo da mulher deve ser tratado com dignidade, isento de quaisquer tipos de violação ou degradação. A utilização de métodos ou procedimentos invasivos durante seu pré-natal, parto ou puerpério afronta princípios constitucionais e direitos fundamentais amplamente reconhecidos.

Na legislação esparsa, foram positivados alguns dispositivos que visam assegurar um tratamento digno e livre de violência durante a gestação, parto e puerpério. Assegurado pela Lei nº 9.263, de 1996, o acompanhamento pré-natal surgiu como uma das ações a serem prestadas pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde - SUS em todos os seus níveis. O acompanhamento pré-natal confere a mulher e ao bebê uma gestação mais saudável, com exames que avaliem riscos ou possíveis complicações e diagnósticos de malformações fetais ou doenças congênitas. Além disso, é durante o pré-natal que se planeja o tipo de parto de acordo com as escolhas da mulher para gerar mais segurança e preparação para o procedimento.

Nessa toada, invoca-se também a Lei nº 11.634, de 2007, que determina que

Art 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

Para ODENT (2002), o auxílio a mulher em situação de parturição envolve empatia, intuição e amor, pois as parturientes se encontram em estado físico e emocional vulnerável, tornando-se facilmente dependente

de um assistente de parto por algum tempo. Desta forma, exalta-se o advento da Lei n. 11.108, de 2005, que garante a parturiente o direito de indicar um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Esse dispositivo alterou a Lei nº. 10.241 que no seu parágrafo XVI, assegurava a presença do companheiro nos pré-natais e no momento do parto, ampliando ao acompanhante da mulher a presença em todos os momentos referentes à gestação, parto e puerpério.

Ainda sobre a Lei n. 11.108, de 2005, destaca-se seu artigo 19-J:

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.

Como visto, o dispositivo supracitado permite que a parturiente seja assistida por acompanhante de sua preferência, abrindo espaço para doulas. As doulas, como será abordado em capítulo especial, são figuras em que a futura mãe se apoia durante todo o trabalho de parto.

O reconhecimento, bem como a aprovação e aplicação desses direitos se fazem necessários para garantir a mulher acesso à saúde e dignidade durante o parto hospitalar. Para além disso, o puerpério também deve ser assistido para garantir uma recuperação saudável a mulher e assegurar assistência ao recém-nascido. A amamentação exclusiva, recomendada até o sexto mês de vida pela OMS, Organização Mundial de Saúde, também possui respaldo legal.

De acordo com o artigo 396 da CLT, as mães que voltarem ao trabalho antes do sexto mês do bebê têm o direito a dois intervalos, de meia hora cada, durante a jornada de trabalho, especificamente para a amamentação. Contudo, esse dispositivo ainda demonstra-se incompatível com a realidade da lactante e acaba por não cumprir a finalidade da lei. Isto porque, o bebê não necessariamente possui intervalos regrados para a amamentação que possam ser divididos, como pressupõe o art. 396 da CLT. Além disso, a amamentação em livre

demanda, na qual o seio materno é oferecido ao bebê sempre que solicitado também torna-se incompatível com o dispositivo supracitado. Nessa toada, muitas mulheres optam pela interrupção da amamentação para retornar às atividades laborais.

### **2.3. Violência contra mulher no Brasil**

Conforme mencionado alhures, o advento da Carta Magna foi um marco na defesa de igualdade entre os gêneros ao garantir que homens e mulheres possuem os mesmos direitos e obrigações (art. 5º, caput e inciso I). Contudo, a positivação legal da luta secular das mulheres por igualdade não foi suficiente para suprimir as desigualdades entre homens e mulheres diferenças de gênero e sua principal consequência: a violência de gênero.

De acordo com dados coletados pelo Instituto Patrícia Galvão no "Dossiê Violência Contra As Mulheres" de 2017, no Brasil uma mulher é estuprada a cada 11 (onze) minutos, assassinada a cada 2 (duas) horas; 503 (quinhentas e três) mulheres são vítimas de agressão a cada hora; 5 (cinco) mulheres sofrem espancamento a cada 2 (dois) minutos. Os números revelados pelo dossiê revelam uma violência sistêmica profundamente enraizada em uma cultura de papéis de gênero que legitima a construção de comportamentos específicos relacionados ao sexo masculino e ao sexo feminino. A partir disto, compreende-se que quando a mulher não cumpre o que é esperado de seu gênero, ou quando o homem busca se reafirmar ou saciar diante do sexo feminino, ocorre a violência contra a mulher.

Dessa forma, a violência baseada no gênero constitui um ato dirigido contra uma mulher, porque é mulher, ou quando atos afetam as mulheres de forma desproporcional (PIOVESAN, 2014).

No Brasil, o retrato da violência contra mulher pode ser compreendido ao se fazer um esboço paralelo a história do país, por exemplo. Conforme estudo do "Dossiê Violência Contra As Mulheres", esse quadro se agrava visto que o país passou por severos anos de escravização, bem como duas ditaduras, períodos nos quais a violência

contra a mulher era institucionalizada.

Um exemplo de como as mulheres foram historicamente preteridas e violentadas na sociedade brasileira é a história da legislação pátria. Ainda no período de colônia, o Brasil era regido pela por um código legal denominado Ordenações Filipinas, que se aplicava a Portugal e seus territórios ultramarinos, asseguravam ao marido o direito de matar a mulher caso suspeitasse ou a flagrasse em adultério (GODOY, 2017).

Mais adiante, durante o Brasil República, a promulgação do Código Civil de 1916, vigente até os anos 2000, considerava mulheres casadas “incapazes”, impossibilitando-as de assinar contratos ou trabalhar fora de casa sem autorização expressa do marido. Muito embora existam diversas modificações na legislação brasileira, a memória social invoca determinados tabus e costumes que perpetuam a desigualdade entre gêneros e, por conseguinte, a violência contra mulher.

Um exemplo de como o machismo e a violência contra a mulher estão enraizados culturalmente são ditados populares facilmente reproduzidos em várias regiões do país, do tipo “Fulano bateu na mulher. Mas, foi na dele?” (ROCHA, 2010, citado por OLIVEIRA, 2012) ou “Ele pode não saber por que bate, mas ela sabe por que apanha” (DIAS, 2008, citado por OLIVEIRA, 2012). Esse costume demonstra a convivência da sociedade com a violência contra mulher, principalmente se for praticada pelo homem na qualidade de companheiro e, portanto, legitimada pelo laço matrimonial.

Somente no ano de 1994 foi efetivada uma das primeiras medidas para combater a violência contra a mulher no Brasil. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, assinada pelo Brasil naquele ano, define a violência contra as mulheres e a associa a uma violação aos direitos humanos. De acordo com a referida Convenção,

Artigo 2º

Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:

1. que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor

conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual:

2. que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e

3. que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Nessa vereda, a Convenção de Belém do Pará, em capítulo especial, dispõe dos "Mecanismos Interamericanos de Proteção" à mulher e em seu artigo 9º cita situações de vulnerabilidade feminina à violência as quais os Estados signatários devem atentar:

#### Artigo 9º

Para a adoção das medidas a que se refere este capítulo, os Estados-partes terão especialmente em conta a situação de vulnerabilidade à violência que a mulher possa sofrer em consequência, entre outras, de sua raça ou de sua condição étnica, de migrante, refugiada ou desterrada. No mesmo sentido se considerará a mulher submetida à violência quando estiver grávida, for excepcional, menor de idade, anciã, ou estiver em situação sócio-econômica desfavorável ou afetada por situações de conflitos armados ou de privação de sua liberdade.

Como instrumento de combate à violência contra a mulher, a Convenção de Belém do Pará também serviu como base para a definição de violência contra mulher constante na Lei nº 11.340/06, popularmente reconhecida como Lei Maria da Penha – um dos instrumentos mais importantes e avançados no combate à violência contra a mulher em toda a região ibero-americana.

A referida Lei criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dispôs ainda sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, alterando o Código de Processo Penal - CPP, o Código Penal - CPB e a Lei de Execução Penal - LEP. Para além disso, a Lei Maria da Penha é um mecanismo substancial para garantia dos direitos constitucionais da mulher, visto que

criou instrumento para cumprir o parágrafo 8º do artigo 226 da Constituição Federal,

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

(...)

§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

De outra banda, cumpre ressaltar que a Lei Maria da Penha também cumpriu a Recomendação Geral nº 19 do Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW/ONU que, em sua 29ª Sessão, ocorrida em 2003, recomendou ao Estado brasileiro a elaboração de uma legislação específica sobre violência doméstica contra a mulher.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW, de 1979, ou Convenção da Mulher, constitui o primeiro tratado internacional que dispõe sobre os direitos humanos da mulher em âmbito internacional. Composta de 30 artigos, a CEDAW apresenta parâmetros para ações estatais na promoção dos direitos humanos das mulheres e na repressão às suas violações, tanto no âmbito público como privado e prevê a formação de um comitê composto por 23 peritas eleitas pelos Estados Partes para assegurar a aplicação da Convenção.

Dessa forma, a CEDAW pode ser compreendida como uma Carta Magna feminina que simboliza os avanços políticos e sociais conquistados pelas mulheres ao longo da luta pela igualdade entre gêneros.

### **3. CONCEITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Como uma manifestação extrema das intensas desigualdades entre os gêneros, a violência contra a mulher é presente ao redor de todo o mundo em diversas nuances. A violência sexual, bem como a violência doméstica, são algumas das formas de violência a qual a mulher sofre pelos estigmas relacionados ao machismo e do sexismo. No entanto, nas

últimas décadas, alguns relatos sobre outro tipo de violência tem sido registrados principalmente na América Latina.

A violência obstétrica constitui um tipo de violação ao corpo da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério. Para melhor análise e aprofundamento no tema, faz-se necessário conceituar e especificar as diferentes formas que a violência obstétrica pode tomar.

### **3.1. Conceito e formas da violência obstétrica**

Eu digo pras grávidas: 'se não ficar quieta, eu vou te furar todinha'. Eu agüento esse monte de mulher fresca?  
T., técnica de enfermagem relatando o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto, Itaguaí-RJ (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 134)

O relato acima, retirado de um trecho do Dossiê “Parirás com Dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio revela uma fala violenta e negligente por parte de uma profissional de saúde durante atendimento de parto de uma das mulheres entrevistadas para elaboração do documento. Para além deste, existem diversos outros relatos documentados no dossiê supracitado que servirão para demonstração da tese e maior elucidação na explanação de que a violência obstétrica ocorre na realização de procedimentos, ofensas, ameaças e tortura que constituem atos atentatórios aos direitos da mulher.

Para KONDO e WERNER a violência obstétrica pode ser compreendida como

[...] aquela cometida contra a mulher durante a assistência pré-natal, parto, cesárea, pós-parto ou aborto e, assim como outras, é fortemente condicionada por preconceitos de gênero, de raça ou etnia, de classe socioeconômica, de geração ou de orientação sexual (2013, p. 139),

Muito embora o ato de parir represente o início da vida e, portanto, a continuidade da vida humana e perpetuação da espécie, o tratamento oferecido às gestantes, parturientes e puérperas em hospitais públicos e privados se encontram repletos de vícios, mitos, tabus e comportamentos que desrespeitam a integridade física e psicológica da mulher atendida. De acordo com dados da Fundação Perseu Abramo (2010), cerca de 25% das mulheres brasileiras sofrem com a violência obstétrica em atos de

desrespeito, assédio moral, violência física ou psicológica e negligência.

Nessa vereda, a Rede Parto do Princípio elaborou a cartilha "Violência obstétrica é violência contra a mulher" (2014) define que

As formas mais comuns de violência obstétrica são: humilhar, xingar, coagir, constranger, ofender a mulher e sua família; fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou sobre sua situação socioeconômica; realizar procedimentos sem esclarecimentos ou desconsiderar a recusa informada; utilizar inadequadamente procedimentos para acelerar partos e vagar leitos; prestar assistência sem observar as melhores evidências científicas disponíveis da segurança e/ou da efetividade das intervenções; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; não oferecer condições para a amamentação e para o contato do bebê sadio com a mãe; violar direitos da mulher garantidos por lei; descumprir normativas e legislação vigente; e coagir mulheres a contratarem serviços e planos (como fotografia e filmagem ou plano do tipo "apartamento") como única forma de garantir direitos já garantidos por lei às mulheres.

Devido à vulnerabilidade e ao estado emocional em que se encontram durante o atendimento, muitas mulheres temem ou desacreditam em denunciar os maus tratos sofridos. Além disso, as organizações de saúde, públicas ou suplementares, institucionalizaram a violência obstétrica solidificada por anos de estigmas relacionados a hospitalização do parto, e quando uma vítima dos abusos cometidos procura apoio é comum ouvir de forma fatalista que "É assim mesmo", retratando o nível de naturalização da prática (KONDO, WERNER, 2002, p. 139).

A violência obstétrica ingressou nos meios sociais e acadêmicos na última década. Após o recebimento de uma denúncia de maus-tratos a uma jovem em um serviço de saúde reprodutiva da cidade de Rosário, na Argentina, o Comitê de América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento (INSGENAR) iniciaram uma investigação no ano de 2001 que deu origem ao Observatório de Saúde, Gênero e Direitos Humanos (KONDO, WERNER, 2002, p. 140).

Em 2006, em celebração ao Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembleia Nacional da República

Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência que tipifica 19 (dezenove) formas de violência contra a mulher, tendo como novidade a violência obstétrica.

Nessa mesma toada, a Argentina sancionou a Lei n. 26.485 de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais. Nessa vereda, ambas legislações tangenciam o reconhecimento e conceito de violência obstétrica enquanto "a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais" (KONDO, WERNER, 2002, p. 141).

No Brasil, apesar de serem computados altos índices de mortalidade materna, ainda não existe nenhuma legislação específica que venha a conceituar e punir a violência obstétrica. No entanto, ao longo do país muitos movimentos e meios sociais têm criado plataformas de coletas de dados, artigos, documentos e trabalhos acadêmicos como este que visam enrijecer os conteúdos sobre a violência obstétrica e suas mais variadas nuances.

### 3.1.1. Violência obstétrica física

Conforme elucidado no subcapítulo anterior, a violência obstétrica pode ocorrer de forma plural e multifacetada. Compreendida como todos os atos realizados contra mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, a violência obstétrica pode ser praticada a partir de procedimentos físicos que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.

Dentre esses procedimentos invasivos e violentos estão a privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso indiscriminado e rotineiro de ocitocina, cesariana sem indicação clínica, bem como a não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60). Algumas dessas práticas merecem destaque por serem realizadas

de maneira arbitrária e pela forma de violação à integridade física da mulher, bem como aos seus direitos.

A manobra de Kristeller consiste em um tipo de manobra obstétrica durante o parto na qual há a aplicação de pressão na parte superior do útero para empurrar o bebê em direção à pelve e facilitar a retirada. O procedimento foi idealizado pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller, em 1827, quando a medicina possuía poucos recursos para realizar ensaios clínicos e avaliar a eficácia das técnicas aplicadas. Não obstante, no referido período ocorria a transferência do parto domiciliar para o parto assistido por um médico, conforme mencionado alhures, então as técnicas dominadas para realização de parto ainda eram novas e desconhecidas.

Atualmente, a manobra de Kristeller é uma técnica ultrapassada e desaconselhado por profissionais e inúmeras organizações, visto que é um procedimento que provoca dor e inúmeros danos ao corpo da mulher. Para BRIQUET e GUARIENTO (2011),

A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller. Este recurso foi abandonado pelas graves conseqüências que lhe são inerentes (trauma das víceras abdominais, do útero, descolamento da placenta).

Em 2001, o Ministério da Saúde, junto com a FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) e a ABENFO (Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras) publicaram a cartilha "Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher", na qual apresentam a manobra de Kristeller como uma das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas do parto.

Ainda de acordo com o documento, uma das complicações que pode ocorrer no pós-parto é a atonia uterina, que se caracteriza por sangramento acentuado e pode ser provocada, dentre outros fatores, pela realização de manobras inadequadas como a de Kristeller (BRASIL, 2001, p. 186).

Não obstante a violência praticada contra a mulher quando tem sua

barriga pressionada, ou empurrada, durante o trabalho de parto, a manobra de Kristeller também revela um outro tipo de violação que contraria as indicações de estudos mais recentes sobre a assistência ao parto: a liberdade de escolha da posição em que a mulher deseja parir. De acordo com as indicações da RDC 36/2008 da ANVISA:

5.6.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

5.6.7.1 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

Para além deste já citado, outra prática comum e que viola o corpo da mulher em diversos graus é a episiotomia. O procedimento consiste em um corte na vulva e na vagina feito com uma tesoura ou bisturi comumente chamado de “pique” ou “episio”, por vezes sem anestesia, realizado rotineiramente na maioria dos partos vaginais que ocorrem no Brasil, de acordo com a cartilha "Violência obstétrica é violência contra a mulher". A técnica, realizada na maioria das vezes sem esclarecimentos ou solicitação do consentimento da parturiente, ainda encontra respaldo no mito de que o corte vai preservar o prazer masculino após o parto. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

Muito embora as justificativas habituais para a episiotomia incluam a prevenção de traumas perineais severos e prevenção da morbidade e mortalidade infantil, a realização da episiotomia pode acarretar outras complicações pós-cirúrgicas como infecções e inflamações. Além disso, os estudos mais recentes mostram que o parto sem a episiotomia protege melhor os genitais femininos do que o parto com o corte (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

Não há evidências suficientes para sua recomendação, além de que, se as pacientes forem completamente informadas sobre os benefícios e riscos, é improvável que consentam prontamente em realizar a episiotomia de forma rotineira. (THACKER, BANTA, 1983, citados por CARVALHO et al., 2010).

Alguns dos relatos coletados pela Rede Parto do Princípio no dossiê "Parirás com dor" permitem uma breve conclusão sobre como esse procedimento viola a integridade física e gera danos inenarráveis como

desconforto, perda da autoestima e inflamações:

Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada. (p. 84)

Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: 'O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu.' (p. 83)

Além da episiotomia gigantesca tive laceração de 3º grau. Infeccionou, tomei antibiótico, passei 12 dias deitada porque não conseguia ficar em pé de tanta dor, um mês sem conseguir me sentar, usei o travesseirinho da humilhação por 3 meses, sexo também deve ter sido uns 5 meses depois do parto. Doeu pra caramba. Doeu e ardeu. Demorou para melhorar. Passei anos sem coragem de olhar o estrago. A cicatriz até hoje as vezes inflama e dói ou incomoda. Depois de 3 ou 4 anos criei coragem e olhei com um espelhinho, está horrível, a cicatriz vai altinha e fofinha até quase ao lado do ânus. (p. 84)

Apesar de ser uma prática obstétrica difundida pelas principais faculdades brasileiras a partir do século passado e aplicada habitualmente na rotina de partos vaginais, a episiotomia não possui ensaios clínicos que comprovem sua eficácia e importância. A partir disto, nos últimos anos ocorreram estudos consistentes e revisões sistemáticas que evidenciaram a ausência de base científica para a manutenção dessa prática de rotina.

Nessa vereda, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) recomenda que a episiotomia deve ser realizada exclusivamente de modo profilático em 10 a 15% dos partos normais. No entanto, os dados da obstetrícia brasileira indicam que a técnica é executada em 90% dos partos normais realizados em ambientes hospitalares no país.

Estudos publicados fortalecem a evidência de que a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira. Seu uso deveria se restringir a situações clínicas específicas, de acordo com a determinação do serviço, pois, como já mencionado, não há consenso sobre quais seriam essas

situações. Em algumas instituições, a episiotomia ainda é habitual, apesar dos dados disponíveis há mais de uma década. Há mais de 25 anos já se questionava o seu real valor e apenas recentemente este estudo refletiu nas recomendações da prática baseada em evidências, sugerindo a necessidade de intervenções para que ocorra mudança de comportamento na prática clínica diária. (CARVALHO et al., 2010)

A partir da divulgação de relatos, dados e estudos sobre a realização das práticas supracitadas, muitos movimentos para divulgar a perniciosidade dos referidos atos tem sido difundidos ao redor do país. Conforme já mencionado ao longo do trabalho, e de grande baseamento teórico para a realização deste, a Rede Parto do Princípio com apoio do Fórum de Mulheres do Espírito Santo, por exemplo, elaborou uma série de cartilhas e um dossiê sobre violência obstétrica apresentado na CPMI da Violência Contra as Mulheres do Senado Federal em 2012.

### 3.1.2 Violência obstétrica psicológica

A violência obstétrica quando observada através dos procedimentos físicos pode ser mais facilmente compreendida, mas não consiste em sua única modalidade. A violência obstétrica psicológica, ou seja, aquela que ocorre de forma subjetiva através de procedimentos que não são físicos é uma realidade latente do cenário obstétrico brasileiro.

Segundo a OMS, a violência psicológica se define como

Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

Com enfoque na temática do presente estudo, pode-se destacar que a violência obstétrica psicológica tenha como principais meios "ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em

linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais" (PARTO DO PRINCÍPIO, p. 60, 2012).

Nessa vereda, compreende-se a violência obstétrica psicológica como todo ato ou comportamento que gerem sensações e sentimentos de vulnerabilidade, insegurança, abandono, desprezo e humilhação dentre outros, à parturiente.

Segundo o estudo "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", feito pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, em 2010, cerca de 23% das mulheres relata ter escutado ofensas durante o trabalho de parto. Os relatos coletados acerca da violência obstétrica psicológica pelo dossiê "Parirás com Dor" elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012) oscilam entre terríveis relatos de abandono, desprezo e humilhação:

Permaneci tranquila até dar entrada no hospital e ser atendida por uma enfermeira. Deitei na maca, abri as pernas e ela fez o exame de toque. "Ai", reclamei num ato reflexo. Ela respondeu: "Ah, minha filha, não reclama não porque ainda vai doer muito!". Na hora, pensei comigo se aquela era, de fato, uma enfermeira, tamanha agressividade e sua postura. "Quatro centímetros", ela falou, de modo frio e impessoal. Senti-me intimidada, entrei num estado apreensivo, devido ao choque no modo de tratamento, e a partir dali a evolução da dilatação estacionou. (p. 98)

Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. médico disse: "na hora de fazer tava gostoso, né?". Nessa hora me senti abusada. (p. 101)

"Até a enfermeira lá falou assim, a estagiária falou: 'Olha, isso mesmo. Continua assim [quieta] porque geralmente eles judia um pouco quando a mulher dá trabalho'." (p. 134)

"Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação." (p. 134)

De outra banda, outra forma de violência obstétrica psicológica consiste na omissão de informações e, por conseguinte, na falta de conhecimento por parte da parturiente do procedimento ao qual será submetida. Nessa toada, há maior possibilidade da mulher se sentir vulnerável e insegura, bem como ter seus direitos violados. Seguindo as orientações da RDC 36 de 2008 da ANVISA,

## 5.6 Processos Operacionais Assistenciais

5.6.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

5.6.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma.

Apesar da recomendação supracitada, muitas mulheres desconhecem o partograma e, por vezes, são impedidas de seguir suas escolhas no ambiente hospitalar. De acordo com relato coletado (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

A paciente estava deste às 4 horas da manhã em cima da mesa de cirurgia aguardando a cesariana que foi deixada para o plantão seguinte. Quando a doutora do plantão chegou, ela perguntou a indicação da cirurgia e a paciente não soube responder. Não tinha nada escrito no prontuário dela. (p. 132)

Muito embora a violência obstétrica psicológica ocorra de forma mais velada e subjetiva, já que não ocorre um ato físico que enseje a agressão, é possível observar uma maior incidência deste tipo, visto que todas as ameaças, bem como ofensas ou omissão de informações, precedem procedimentos físicos invasivos ou não permitidos pela parturiente.

### 3.1.3. Violência obstétrica sexual

A violência obstétrica de cunho sexual se define 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" (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Dentre alguns procedimentos que configuram a violência sexual estão exames de toques invasivos e constantes, episiotomia, cesariana sem consentimento da parturiente, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento, entre outros.

Todas essas ações consistem em uma violação ao corpo da mulher através de procedimentos que possuem objetivos ou caráter

sexual e são realizados sem consentimento, necessidade ou prestação de informações.

A episiotomia, conforme já mencionado alhures, é um procedimento cirúrgico realizado durante o parto e constitui violência obstétrica de caráter físico, sexual e psicológico devido às suas consequências. Isto porque o procedimento afeta as estruturas do períneo, bem como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Muito embora a episiotomia contrarie as recomendações médicas mais recentes, por motivos já mencionados alhures, e não apresente quaisquer benefícios ao bebê, bem como prejudique a mulher, sua realização atinge cerca de 94% dos partos normais no país (CARROLI; BELIZÁN, 1999, apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Para Simone Diniz, no mencionado dossiê "Parirás com Dor" elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012, p. 88),

Poucas questões de saúde e de violência sexual tem a magnitude e a gravidade na vida das mulheres, e são tão preveníveis quanto a episiotomia. Além de seu potencial em reduzir o sofrimento das mulheres, a restrição do uso da episiotomia implicaria ainda em uma importante economia do setor saúde, preservando desse agravo milhões de mulheres por ano.

Ademais, ressalta-se que a episiotomia possui dois agravantes que tornam o procedimento ainda mais agressivo e traumático ao corpo da mulher. O primeiro deles consiste na realização da cirurgia sem anestesia, visto que existem divergências entre profissionais da saúde os sobre a efetividade da anestesia local e a disponibilidade de anestesia peridural para a realização do procedimento. Dessa maneira, a episiotomia revela-se um verdadeiro terror cirúrgico no qual muitas mulheres revelam dores durante o corte e sutura.

Relatos de parturientes submetidas a episiotomia nessas condições revelam uma grave violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, bem como a sua integridade física (PARTO DO PRINCÍPIO,

2012, p. 87):

Chorei na hora do corte e depois chorei do primeiro ao último ponto. Depois que nasceu, aplicaram a anestesia. A anestesia não pegou e costuraram assim mesmo.

O médico fez uma episiotomia em mim sem anestesia e sem me perguntar. Os pontos da episiotomia infeccionaram e eu tive mais 20 dias de muita dor tomando medicamentos.

O segundo agravante e, por sua vez, bastante revelador acerca do ideário social machista que perpetua práticas de violação ao corpo da mulher para satisfazer exigências masculinas consiste em uma prática muito comum durante a episiotomia. O "ponto do marido" resume-se em um ponto mais apertado, realizado durante a sutura da episiotomia, que tem a finalidade de deixar a vagina apertada com intuito de preservar o prazer masculino nas relações sexuais depois do parto.

O denominado "ponto do marido" é baseado em um falacioso discurso no qual após a passagem do bebê durante o parto, a vagina se alargaria e o órgão reprodutor masculino seria pequeno para estimular ou ser estimulado pelo canal vaginal. Nessa toada, a episiotomia e o "ponto do marido" serviriam como uma solução para preservar a vagina para exercer a função de orifício devidamente estimulante e prazeroso para a penetração masculina. Esse mecanismo violador seria o resultado de uma concepção erotizada acerca do corpo feminino que exclui sua diversidade e atividade:

No Brasil, prevalece um "sistema erótico" baseado nas noções de atividade-masculino e passividade-feminino. Essa idéia ratifica a teoria da vagina apertada ou frouxa (passiva, diante do falo que a estimula e é estimulado), em oposição à compreensão de vagina e vulva como órgãos ativos, capazes de se contrair e relaxar, de acordo com a vontade feminina, pois são músculos voluntários. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 90)

Apesar de ser comum entre muitos profissionais de saúde e mulheres essa associação entre o parto e danos irreversíveis ao períneo, ensaios e pesquisas mais atualizadas demonstram que a vagina se distende para o parto e depois tende a voltar ao tamanho normal (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Além disso, evidências científicas atuais comprovam que a

episiotomia prejudica a estrutura do períneo mais do que protege:

Mulheres cujos filhos nasceram por um períneo intacto mostram os melhores resultados no geral, enquanto os traumas perineais e o uso de instrumentação obstétrica são fatores relacionados à frequência e gravidade da dispa-reunia pós-parto, indicando que é importante minimizar a extensão do dano perineal durante o parto. ((DINIZ, CHACHAM, 2006, p. 85)

Outrossim, a episiotomia, conforme já explanado em relatos coletados em dossiê, afeta diretamente a vida sexual da mulher, conforme corrobora o seguinte relato.

E o médico, depois de ter cortado a minha vagina, e depois do bebê ter nascido, ele foi me costurar. E disse: 'Pode ficar tranquila que vou costurar a senhora para ficar igual a uma mocinha!'. Agora sinto dores insuportáveis para ter relação sexual. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 86)

Dessa forma, a episiotomia seria majoritariamente realizada por um costume ou hábito no meio da saúde do que por evidências reais, fortalecendo-se na falta de informação e da violação do direito das mulheres decidirem sobre seus corpos.

Muitas das violações obstétricas sexuais, assim como as demais, se iniciam pela falta de consentimento ou informação dada aos pacientes. Um dos procedimentos de rotina durante o acompanhamento pré-natal e parto consiste no exame de toque. Diversos relatos coletados (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) em dossiê supracitado comprovam o sentimento de desconforto e abuso por parte de pacientes na realização desse exame:

Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: "na hora de fazer tava gostoso, né?". Nessa hora me senti abusada. (p. 101)

"Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: 'Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!'. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor." (p. 137)

Muito embora o exame de toque seja associado a uma rotina do

pré-natal, mesmo em gestações de baixo risco, o procedimento serve basicamente para avaliar a evolução da dilatação no trabalho de parto, apresentação do útero e posicionamento do bebê. Para GONÇALVES (2014), o maior risco de quaisquer procedimentos é a banalização. Nessa toada, a doula questiona a necessidade do exame de toque em circunstâncias normais:

O que esperar de uma mulher com 24 semanas? Que o colo esteja grosso e fechado, o bebê na posição que desejar (não estará encaixado) e alto. E se a mulher não apresenta qualquer queixa, para que realizá-lo?

Nessa seara, a cartilha “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher”, lançada pelo Ministério da Saúde, cita o exame de toque frequente e realizado por mais de um examinador como uma das rotinas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser evitadas (BRASIL, 2001, p. 186)

Todavia, o que ocorre na prática é a rotatividade dos profissionais de saúde que realizam consultas, procedimentos e partos em hospitais e maternidades, geralmente da rede pública. Em suma, a mulher não é informada de nomes, qualificação, necessidade e riscos de procedimentos que venham a ser realizados, tampouco questionada a respeito de consentir ou não (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Dessa forma, além do constrangimento em lidar com um médico ou enfermeiro desconhecido durante uma consulta de pré-natal, por exemplo, muitas vezes a mulher é surpreendida negativamente com um exame de toque invasivo e sequencial.

Senti meu corpo totalmente exposto, me sentia um rato de laboratório, com aquele entra e sai de pessoas explicando procedimentos me usando para demonstração. O médico mal falou conosco, abriu minhas pernas e enfiou os dedos, assim, como quem enfia o dedo num pote ou abre uma torneira. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 93)

### **3.2. Da institucionalização do parto cesárea**

Ao longo da gestação, um questionamento comum para a gestante e familiares consiste no tipo de parto escolhido, considerando como opções o parto normal e a cesárea. Em linhas gerais, o parto normal, ou

parto vaginal, engloba diversas formas e posições, podendo ser definido como o nascimento da criança através do canal vaginal ao final da gestação. Assim como na cesárea, é possível utilizar analgesia, bem como medicalização para controlar a dor ou acelerar o processo.

De outra banda, a cesárea consiste em um parto cirúrgico a partir de uma incisão no abdome da parturiente para retirar o bebê do útero. Muito embora existam registros milenares acerca da realização da cesárea através de relatos da mitologia greco-romana, durante a Antiguidade a prática só era realizada após a morte da parturiente, com a finalidade de salvar o feto ainda com vida (REZENDE, 2009). Ainda sobre o tema, o autor discorre que

A introdução da cesárea na prática obstétrica só teve início a partir do século XVII. Tinha uma alta mortalidade fetal e materna e só era praticada em casos muito especiais. Langaard (1873), em seu Dicionário de Medicina Doméstica e Popular, dá-nos o seu testemunho: “Apesar de que não se pode admitir que a operação seja absolutamente mortal, é o número das operadas que escapam muito limitado”. A preferência dos obstetras era para o uso do fórceps ou, se necessário, a embriotomia. Somente no século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira. No Brasil, a primeira operação cesariana é creditada ao dr. José Correia Picanço, barão de Goiana, tendo sido realizada em Pernambuco no ano de 1822. (p. 172)

A partir do século XX, ocorre a institucionalização do parto e a ocorrência da medicalização e demais intervenções para realização do parto. Nesse contexto, conforme mencionado alhures, a cesárea passa a se destacar enquanto o modelo mais seguro de parto para mitigar a mortalidade materna. Embora a cesariana tenha representado uma mudança significativa para assegurar a vida das mulheres outrora, atualmente o tipo de parto tem uma realidade alarmante.

Isto porque os índices de cesárea no Brasil vêm crescendo excessivamente, correspondendo a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos), segundo dados do CONITEC (2016), enquanto a Organização Mundial da Saúde - OMS preconiza que a taxa de cesáreas varie entre 10 a 15%. Essa recomendação possui fundamento em estudos que apontam que uma taxa maior que 15% não representa redução na mortalidade

materna e tampouco benefícios ao bebê (Ministério da Saúde, 2001, 2014, 2015).

Ademais, a cesárea consiste em um tipo de parto que requer indicação clínica por alguma situação de risco materno ou fetal. Nessa toada, o aumento do número de cesáreas sugere que muitas das indicações realizadas frequentemente na obstetrícia brasileira não possuem respaldo na literatura científica e são, portanto, desnecessárias (SOUZA et al., 2010).

Através de processos como a estimativa exagerada de risco fetal, ou a interpretação da dor materna como uma exigência de cesárea, bem como a consideração de suas agendas e conveniências, os médicos acabam decidindo pela cesárea apesar da vontade das mulheres, especialmente no setor privado. Um outro fator que parece promover a crença dos profissionais na superioridade da cesárea é a preocupação de preservar a genitália feminina. (DINIZ, CHACHAM, 2006, p. 83)

Nesse contexto, a cesárea pode ser denominada como cesárea eletiva, ou seja, quando a parturiente ou médico optam pelo procedimento sem que haja um risco materno ou fetal real, necessidade prévia ou complicações durante a gestação. A partir disto, a cesárea é agendada antes mesmo do trabalho de parto, ou realizada durante o mesmo, sem caracterizar emergência (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Além da cesárea eletiva, o aumento desse tipo de parto também se deve a uma maior conveniência de horários, plantões e rotina hospitalar para os médicos e profissionais de saúde desconsiderando a evolução do parto natural ou preferência da parturiente. A cesárea por conveniência do médico é uma realidade enfrentada na rede pública e privada onde existe uma espécie de pacto, ou conduta médida, de realizar o maior número de partos do plantão através da cesárea ou de outras intervenções (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

De acordo com DINIZ e CHACHAM (2006), essa prática é um recurso muito comum utilizado pelos profissionais de saúde para gerenciar sua carga de trabalho e descanso entre os turnos. Dessa maneira, deixar um plantão com muitos pacientes para o próximo turno é considerado incorreto no meio. Portanto há a conduta médica de “limpar”

a enfermagem usando indução ou cesáreas.

Conforme relatos coletados pelo artigo "O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo" publicado na revista "Questões de saúde reprodutiva" (2006, p. 83), médicos relatam uma rotina hospitalar na qual a parturiente é submetida a procedimentos de indução do parto vaginal ou cesáreas por conveniência para atender a logística de turnos e plantões:

Se você sente que a paciente está levando muito tempo, é preciso tomar uma atitude... Eu teria vergonha de entregar um plantão cheio assim.

Eu comparo isto a um canteiro de obras: não se pode parar. Não dá para ir pelo livro, nem esperar a natureza agir. Eu boto todo mundo na ocitocina.

Ainda sobre a cesárea por conveniência, é sabido no meio profissional, principalmente no setor suplementar de saúde, que existem muitos partos agendados por falsas indicações em datas específicas como vésperas de feriados prolongados e festas de fim de ano (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Dessa forma, muitas mulheres tem seu parto adiantado para atender exigências de calendários festivos ou conveniência para o profissional da saúde, o que configura evidente violação do direito de escolher a forma de parto e ter acesso a saúde de forma digna.

Outros relatos de parturientes demonstram situações em que a decisão pela via de parto é feita unilateralmente, sem priorizar a vontade da gestante (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 116):

Eu estava grávida de 39 semanas, com data de provável de parto para o período de natal. Meu médico disse: 'Não há problema nenhum se você quiser fazer uma cesárea!' A cesárea me foi oferecida como alternativa para os dois fatos: o natal e o trabalho de parto que ainda não se iniciava. Pronto, marquei a cirurgia para dali 3 dias.

Meu médico sabia que eu queria parto normal. Pedi a ele que tentasse esperar mais, que preferia repetir os exames mais pra perto e pelo menos sentir as contrações para então fazer a operação. Ele me disse que era muito arriscado" esperar, que cesariana não era tão perigoso assim como dizem, que não era nada demais. Ele abriu a agenda dele e falou: 'Ingrid, quarta-feira que vem você se interna e a gente faz a cesárea.'. Meu marido virou pra ele e falou: 'Poderia ser na sexta-feira, assim no

final de semana eu poderia ficar com ela direto?'. Ele respondeu: 'E eu vou perder o meu final de semana?'

Para além disso, o viés econômico também é considerado por médicos de acordo com a remuneração da via de parto escolhida:

Alguns planos de saúde até remuneram melhor o parto normal do que a cesárea, mas mesmo assim não compensa. (p. 116)

Não obstante as taxas de cesárea no país representarem uma epidemia nos últimos anos pela institucionalização do procedimento devido aos motivos supracitados, a escolha das parturientes também baseia os crescentes números do parto cirúrgico. De acordo com a Carta de Campinas,

No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (REHUNA, 1993, citado por DINIZ, 2005, p. 631)

Nessa vereda, a associação do parto vaginal a intervenções dolorosas, tais como a episiotomia e a manobra de Kristeller, podem ocasionar o medo do parto vaginal e, por conseguinte, a migração para o parto cesárea. PASCHE et al. (2010), citados por ZANARDO et al. (2017), discorrem que o momento do parto pode coincidir com um momento de medo, visto que pela perda de protagonismo, muitas mulheres se sentem ameaçadas e fragilizadas por procedimentos e tecnologias violentos. Dessa forma, a cesárea se exalta como uma via de parto mais digna e menos degradante que o parto vaginal.

Diante do exposto e devido a falta de informações, as parturientes se tornam vulneráveis a recomendações de cesáreas questionáveis, pois são dissuadidas sem considerar os riscos de complicações do procedimento. Pelo medo ou coação, muitas mulheres optam pelo parto para evitar situações degradantes durante o parto.

Esse quadro se agrava principalmente no setor de saúde

suplementar, visto que não há praticamente nenhum controle sobre o índice de cesáreas, que chegam a 80 ou 90% dos nascimentos totais (DINIZ, CHACHAM, 2006). Isto porque, diante da conjuntura atual e estigmatização do SUS, muitas gestantes buscam alternativas no setor de saúde suplementar e precisam lidar com as normatividades relativas a rede credenciada pelo plano, como vagas em maternidades e afins.

A glamourização do parto cesárea também reflete sua taxa de crescimento no país. Conforme o já mencionado dossiê "Parirás com Dor", elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), a cesárea agendada é divulgada irrestritamente na mídia brasileira e tratada como um bem de consumo. Nessa toada, outros produtos e serviços são vinculados a cesárea na rede particular, como filmagem, fotografia e até mesmo transmissão ao vivo do nascimento do bebê através de câmera dentro do centro cirúrgico que exibem em tempo real o parto em televisores de plasma para amigos e familiares.

Por R\$ 200, eles [familiares] alugam o espaço e acompanham pela televisão o trabalho da equipe médica na sala de parto da maternidade São Francisco, localizada em uma área nobre do município (a 13 km do Rio). As imagens são captadas por uma câmera instalada no alto do centro cirúrgico. Já a gestante pode ver a festa da família por uma outra televisão colocada próxima aos médicos." (Folha de S. Paulo, 30 set 2012, em "Cine parto' vira festa de família com espumante em maternidade" citado por Parto do Princípio, 2012, p. 128)

Apesar da banalização do parto cesárea como via mais conveniente e prática, é função do médico informar a parturiente sobre os riscos e possíveis complicações de uma cirurgia de grande porte. De acordo com a Resolução Nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais

da gestante.

Outrossim, a referida recomendação ainda estipula que:

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

Muito embora a recomendação supracitada seja imprescindível para assegurar a saúde da mãe e bebê, de acordo com o dossiê "Parirás com Dor",

[...] existe uma alta proporção de cesáreas eletivas sendo realizadas antes das 39 semanas. E que pode ser atribuída a uma série de fatores, incluindo o desejo da mulher em retirar o bebê assim que atingisse o tempo de ser considerado "a termo" e o desejo do obstetra em agendar a cirurgia à sua própria conveniência. Esses nascimentos foram associados com um aumento evitáveis de mortalidade neonatal e internação em UTIn, que demanda um alto custo financeiro." (TITA et al, 2009, citado por Parto do Princípio, 2012)

Uma consequência da realização de cesáreas de forma indiscriminada consiste na possibilidade de intercorrências na saúde do recém-nascido pelo nascimento prematuro. É o que se demonstra em trecho do "Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal" (ANS, 2008):

A retirada cirúrgica de conceitos do útero, antes que tenham atingido a completa maturidade fetal pode aumentar complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparados àqueles nascidos com 39 semanas ou mais, e, em consequência, levar a necessidade de internação em UTI neonatal. Esta situação aumenta os custos hospitalares, interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina e eleva o risco do desenvolvimento de outros problemas de saúde no recém-nato, ocasionados pela internação.

Ainda sobre este ponto, cumpre ressaltar a possibilidade de complicações após a realização do parto via cesárea para a díade mãe-bebê:

Estudos demonstraram que os benefícios conferidos ao feto pela

cesariana são pequenos. Além do procedimento se associar a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal, encontra-se associado ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal. A morbidade materna relacionada à cesariana é representada por aumento do risco de nova cesariana, de placenta prévia e placenta acreta em gestação seguinte e de histerectomia por cesarianas repetidas. Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, que podem ser reduzidas se a cesariana eletiva for realizada acima da 39ª semana de gravidez (B)." (SOUZA et al, 2010, citado por Parto do Princípio, 2012, p. 112)

A partir do exposto, constata-se que a cesárea é uma via de parto clinicamente indicada em casos específicos e seu aperfeiçoamento ao longo dos séculos foi essencial para reduzir a mortalidade materna e neonatal em casos de risco. Todavia, a institucionalização do parto cesárea a partir de indicações questionáveis ou desnecessárias configura uma forma de violência obstétrica a mulher.

Conforme abordado em subcapítulo específico, a violência obstétrica de caráter físico pode ser compreendida como "ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas" (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Nessa toada, uma cirurgia de alta complexidade realizada de forma eletiva, por conveniência do médico ou dissuasão da gestante representa uma evidente violação ao corpo da mulher e ao direito de escolha da parturiente.

### **3.3. Violência obstétrica contra mulheres negras**

Muito embora os relatos de violência obstétrica permeiem todas as classes sociais eles se tornam mais frequentes, violentos e fatais quando relacionados à minorias políticas como mulheres negras. Tal realidade pode ser observada a partir da campanha "SUS sem racismo" (2014) realizada pelo do Ministério da Saúde, onde restou comprovado que 60% das vítimas de mortalidade materna no país são negras e somente 27% das mulheres negras tiveram acompanhamento durante o parto.

A justificativa para esse alto índice é um fenômeno de soma

discriminatória, onde as mulheres negras estão sujeitas às múltiplas formas de discriminação social em consequência da conjugação de racismo e sexismo, por exemplo (CARNEIRO, 2002, citada por GOES e NASCIMENTO, 2013, p. 573).

Outrossim, os dados supracitados acerca do acompanhamento durante o parto revelam que essas mulheres não são assistidas por políticas públicas de saúde e, portanto, revela-se a inércia e desamparo do Estado diante das mães e gestantes negras. Para GOES e NASCIMENTO (2013),

As desigualdades raciais determinam o acesso aos serviços de saúde e limitam o cuidado. Por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde. E, para as mulheres negras, outros fatores agregados, como o sexismo, expõem a uma situação de vulnerabilidade e violam o direito à saúde e ao acesso qualificado. (p. 578)

No Brasil, as mulheres negras constituem um grupo em situação de maior vulnerabilidade devido ao longo período escravagista de objetificação e subalternidade que reforçam estereótipos racistas e sexistas. Para auxiliar na compreensão do legado escravagista sobre a mulher negra, DAVIS (1981), explana que:

O sistema escravista definia o povo negro como propriedade. Já que as mulheres eram vistas, não menos do que os homens, como unidades de trabalho lucrativas, para os proprietários de escravos elas poderiam ser desprovidas de gênero. Nas palavras de um acadêmico, “a mulher escrava era, antes de tudo, uma trabalhadora em tempo integral para seu proprietário, e apenas ocasionalmente esposa, mãe e dona de casa”. (...) Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas.

De acordo com dados do Mapa da Violência 2015, no período 2003-2013, as principais vítimas da violência de gênero foram meninas e mulheres negras, com queda na evolução das taxas de homicídio de mulheres brancas – de 3,6 para 3,2 por 100 mil – e crescimento nas taxas

de mulheres negras – de 4,5 para 5,4 por 100 mil –, sendo maior a incidência de mortes causadas por força física, objeto cortante/penetrante ou contundente, e menor participação de arma de fogo. De outra banda, as mulheres negras também são as que mais denunciam a violência doméstica, constituindo 58,86% das mulheres vítimas de acordo com balanço do Ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher/2015 realizado pelo Dossiê Mulher RJ (ISP/2015).

No que tange o recorte proposto pelo trabalho, a violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas para a mulher negra. Antes mesmo do parto, a mulher negra se insere num contexto social de obstáculos e dificuldades, pois são as que mais peregrinam na hora do parto, esperam mais tempo por atendimento e tem menos tempo de consulta.

De acordo com THEOPHILO et al. (2016), em pesquisa realizada a partir de respostas ao inquérito da Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha em Brasília,

Na assistência ao pré-natal, as mulheres de raça/cor preta/parda tiveram maiores proporções de gravidez não planejada (52,2%) e de utilização da rede pública (93,1%), e menores proporções no número de consultas preconizado pela Rede Cegonha (64,7%), de internações por complicações na gravidez no SUS (15,3%); proporção menor recebeu informações sobre o parto normal (59,6%) e informações sobre o local do parto (57,9%). Na assistência ao parto, elas encontraram mais dificuldades quando procuraram atendimento no primeiro serviço de saúde (61,2%), esperaram mais tempo para serem atendidas (16,6%), foram as que menos tiveram acompanhantes na hora do parto (68,0%) e tiveram mais partos normais (53,3%). Embora nem todos esses dados indiquem piores condições (por exemplo, serem usuárias do SUS, ou proporção maior partos normais), é importante a constatação de que há diferenciais por raça/cor na assistência. (p. 36).

A partir dos dados supracitados,

[...] nota-se que as gestantes negras se encontram em desvantagem na assistência pré-natal na gravidez não planejada; na menor proporção com número adequado de consultas; e ao receber menos orientação quanto ao parto normal e sobre onde deveriam fazer o parto. Isso tanto pode evidenciar desigualdades sociais - são as mulheres que demandam o planejamento reprodutivo ou a assistência pré-natal, assim que depende de sua iniciativa - como uma deficiência no sistema de saúde em facilitar e qualificar o acesso a todas as mulheres, oferecendo orientações sobre parto e local

de parto. (p. 37)

Além disso, o racismo dos profissionais de saúde é responsável por atrasar a assistência à saúde da mulher negra, bem como dificultar seu acesso ao serviço de saúde (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Dessa forma, a gestante negra comparada a branca se encontra em situação de maior vulnerabilidade e desamparo durante o pré-parto, visto que utilizam menos os serviços pré-natais e estão mais expostas à perambulação em busca de assistência médica (LEAL et al., 2005).

Com relação ao momento do parto, há de se ressaltar a existência de uma estigmatização sobre a mulher negra ser mais forte ou resiliente que as demais. Esse tipo de estigma da mulher negra extraordinariamente forte pode naturalizar violências sofridas pelas mulheres (PAES, 2015). A partir dessa imagem, observa-se maior negligência, bem como a realização de procedimentos mais dolorosos e invasivos durante a internação e condução do parto de uma mulher negra se comparada a uma branca, por exemplo. Uma dessas consequências é a menor aplicação de anestesia na parturiente pela cor:

Um dos dados do estudo que mais impressionaram os pesquisadores foi o de anestesia no parto normal. O estudo apontou que até nesse aspecto as mulheres negras sofreram preconceito: 11,1% delas não receberam anestésico, pouco mais do que o dobro do percentual das brancas que não foram anestesiadas (5,1%).  
(Folha de S. Paulo, Até na hora do parto negra é discriminada, publicado em 26/05/2002)

Outrossim, a incidência de quadros clínicos como a eclâmpsia, pré-eclâmpsia e os distúrbios hipertensivos é maior entre a população negra, sendo as maiores causas da mortalidade materna. No entanto, esse tipo de quadro nem sempre é avaliado corretamente pelo profissional que assiste a mulher negra na hora do parto em virtude do preconceito racial e socioeconômico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Para além disso, algumas das violências experienciadas por mulheres no campo obstétrico possui maiores consequências para as mulheres negras. De acordo com DINIZ e CHACHAM (2006),

Como as mulheres negras apresentam características diferenciadas quanto à cicatrização, com maior tendência a problemas cicatriciais e formação de quelóides, elas poderão estar mais expostas a complicações na cicatrização da episiotomia. Não raro precisam recorrer aos serviços de um cirurgião plástico para corrigir desvios e retrações dos lábios vaginais decorrentes da episiotomia.

Analisando os dados supracitados, compreende-se que um dos causadores da violência obstétrica vivida pela mulher negra em muito se deve ao racismo institucional. Para Nilza Iraci, coordenadora executiva da área de comunicação do Geledés – Instituto da Mulher Negra,

O racismo institucional e a desigualdade de gênero produzem a falta de acesso ou o acesso de menor qualidade aos serviços e direitos pela população negra, sobretudo pelas mulheres. Mas, para além disso, representa também a perpetuação de uma condição estruturante de desigualdade em nossa sociedade. Reconhecer a existência dessa dimensão da desigualdade, tão profundamente marcada na sociedade e Estado brasileiro, é essencial para enfrentá-la. A população negra continua tendo menor acesso a direitos e a serviços que deveriam ser garantidos a toda a população brasileira, e que o Estado, por obrigação, deveria assegurar.

O racismo institucional potencializa a violência contra a mulher negra em grande escala, portanto também potencializa a violência obstétrica, uma vez que ocorrem diferenças de tratamento entre mulheres negras e brancas em hospitais e maternidades. Em geral, a mulher negra é revitimizada pelos profissionais que deveriam assisti-la, pois experiencia um novo tipo de agressão, como racismo e discriminação, ao buscar ajuda.

Atualmente, existem diversos dispositivos na legislação esparsa que visam o combate a discriminação pela cor, bem como o racismo institucional. Tipificado legalmente no parágrafo 3º do artigo 140 do Código Penal Brasileiro, o crime de injúria racial prevê pena de reclusão de um a três anos e multa,

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

(...)

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência: (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003)

Pena - reclusão de um a três anos e multa.

Outrossim, na área da saúde, os profissionais da rede pública e privada são obrigados a notificar o Ministério da Saúde em casos de violência contra as mulheres, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica (Lei 10.778/2003).

Não obstante, a mulher negra vivencia a violência obstétrica a partir de variadas óticas que se originam de um contexto histórico social discriminatório. De acordo com LEAL et al. (2005), além da cor, o grau de instrução influencia na forma de tratamento que as mulheres receberão nos serviços de saúde. Devido a desigualdade de acesso e permanência no sistema educacional, o grau de escolaridade da mulher negra é mais baixo e, portanto, reflete na qualidade do atendimento que recebe. Outro ponto que se relaciona ao grau de instrução consiste na prevalência do hábito de fumar nas mulheres pardas e negras de mais baixo nível de escolaridade.

Alguns autores norte-americanos vêm chamando a atenção que a maior prevalência de comportamentos de risco tais como uso de cigarros, bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas em gestantes negras pode ser expressão do estresse pela vivência do racismo, contribuindo, assim, para a ocorrência de conseqüências. (LEAL et al., 2005, p. 106)

Por fim, cumpre ressaltar o abandono do companheiro ou familiares durante a chegada ou rotina na maternidade incide mais sobre gestantes e parturientes negras. Nessa toada, é compreensível que as mulheres negras se sintam mais solitárias e vulneráveis no ambiente dos hospitais e maternidades. Não obstante, a ausência do pai do bebê no domicílio das mulheres negras é maior, o que evidencia uma situação de desamparo emocional e econômico das puérperas negras. (LEAL et al., 2005).

Diante do exposto, constata-se que as gestantes, parturientes e puérperas negras sofrem com a violência obstétrica, em seus variados tipos, potencializada pela estigmatização, racismo e desigualdades advindas deste.

#### **3.4. Violência obstétrica em situação de abortamento**

Embora a violência obstétrica seja majoritariamente relacionada a atos que violem o corpo da mulher ao longo da gravidez ou durante o parto, o atendimento à mulher em situação de abortamento também revela a ocorrência de violações. O abortamento consiste na interrupção da gestação e se provocado pela gestante é uma conduta tipificada legalmente no Código Penal brasileiro. De acordo com a legislação penal,

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:  
Pena - detenção, de um a três anos.

Ademais, as condutas realizadas por terceiros também são tipificadas legalmente e variam se houver a existência de consentimento da gestante ou não. Nessa toada, destaca-se os mencionados dispositivos:

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:  
Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:  
Pena - reclusão, de um a quatro anos.  
Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debilmente mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Atualmente, o Código Penal brasileiro só admite o aborto se não há outro meio de salvar a vida da gestante (art. 128, inc. I, Código Penal) ou se a gestação resulta de estupro e o aborto possui consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (art. 128, inc. II, Código Penal).

Todavia, a criminalização do aborto não impede sua prática. De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto (2016), cerca uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já fez aborto, sendo a prática mais frequente na faixa etária de 12 a 19 anos de idade.

Como a temática do presente trabalho não aborda as vicitudes da criminalização do aborto diante dos índices e debates na sociedade contemporânea, o recorte será limitado ao atendimento das mulheres em situação de abortamento.

A complicação do abortamento é uma das principais causas de mortalidade materna registradas no Brasil, (MENEZES, 2009 apud VICTORA, 2011, citado por PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde, o aborto provocado é responsável por 11,4% do total das mortes maternas e 17% das causas obstétricas diretas.

Os métodos para realização do aborto variam de acordo com a classe e grau de instrução das mulheres, consistindo em cirurgias, medicamentos, chás e até mesmo objetos. A clandestinidade do procedimento pode ocasionar complicações como grandes hemorragias, perfurações uterinas decorrentes de sondas ou cânulas, ulcerações do colo ou vagina por uso de comprimidos e infecções que ocasionam na morte da gestante (DOMINGOS, MERIGHI, 2010).

Metade das mulheres brasileiras abortou usando medicamentos<sup>1</sup>. Como o medicamento mais comum para isso é o misoprostol - mais conhecido é Citotec® -, justamente o recomendado pela Organização Mundial de Saúde para a realização de abortos seguros, é provável que atualmente a mortalidade por complicações seja menor do que em décadas passadas. Todavia, permanecem outros riscos importantes à saúde, o que se nota pelo fato de que metade das mulheres que abortou precisou ser internada para o finalizar, além de efeitos não explorados na PNA, como os relativos a saúde mental. (PNA, 2016, p. 659)

Nessa vereda, a ocorrência da mortalidade materna em virtude do aborto também pode ser compreendida a partir das dificuldades que as mulheres em situação de aborto encontram ao ingressar em pronto socorro e serviços de saúde (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Devido a criminalização e questões culturais e religiosas, o atendimento muitas vezes resta prejudicado pela falta de assistência ou negligência.

Quando uma mulher em situação de abortamento chega ao

---

<sup>1</sup> Pesquisa Nacional do Aborto, 2016.

serviço de saúde, percebe-se que há uma tendência a pressupor que o aborto foi provocado, apesar da considerável incidência de abortos espontâneos. (HOTIMSKY, 2007, citado por Parto do Princípio, 2012)

De acordo com relatos coletados pelo dossiê "Parirás com Dor" elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), muitas mulheres sofrem pelo pré-julgamento de médicos e profissionais da saúde ao ingressarem no pronto-socorro em situação de abortamento, mesmo se for espontâneo.

A mulher que estava na cama ao lado dizia a todo tempo que ela não tinha provocado o aborto. Era horrível ver o jeito que tratavam dela. Muita grosseria e muito descaso. Ela morreu no dia em que eu tive alta. (p. 139)

Ah foi a pior possível porque foi um aborto provocado, não foi espontâneo entendeu? Então eles não te tratam bem. Te deixam sofrendo, a minha curetagem foi sem anestesia. (p. 140)

[...] Cheguei ao hospital com um sangramento intenso e com a pressão muito baixa. Explicava o que havia acontecido e disse que havia ido lá para tomar soro e ocitocina. Todos me olhavam como uma criminosa, com aquele olhar de rejeição e com as expressão "SEI". Como se eu estivesse mentindo. Então chegou o médico do plantão, novamente eu expliquei o que estava acontecendo e ele me perguntou: "Você é médica?" Eu disse que não e ele respondeu secamente que então eu não palpitasse. Ele chamou a enfermeira e mandou me preparar para curetagem. Eu disse que não iria fazer uma curetagem, que eu não havia ido lá para isso, que eu já havia expelido o feto e que estava lá apenas para controlar o sangramento e tomar soro. Todos lá me ignoravam. (p. 140)

O descaso e a negligência no atendimento a mulheres em situação de abortamento revela faces da violência obstétrica de caráter físico e psicológico. Isto porque, a mulher em situação de abortamento ingressa nos serviços de saúde debilitada e fragilizada pelo ocorrido, situação em que deveria ser acolhida e tratada.

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos. A mulher que chega ao serviço de saúde em situação de abortamento espontâneo, induzido ou provocado, está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 23).

Um dos procedimentos mais comuns após a ocorrência do aborto é

a curetagem, sendo o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Em linhas gerais, a curetagem é um procedimento cirúrgico que consiste na raspagem do útero por meio de uma cureta, e possui indicação clínica para ser realizado em casos de aborto incompleto.

Ocorre que, na maioria das vezes, a prática é realizada de forma banalizada e torturante para as mulheres pela ausência de anestésicos e informações, configurando um evidente quadro de violência obstétrica física. De acordo com pesquisa do artigo "Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado" (MADEIRO, RUFINO, 2015, p. 2778),

Durante a espera pela curetagem uterina, a informação de dor nem sempre foi suficiente para que a equipe de saúde ofertasse métodos farmacológicos para seu controle. Quase todas as mulheres disseram que experimentaram dor antes do procedimento, e somente 12 receberam algum tipo de analgésico. A justificativa para a não oferta de medicamentos, quando houve, variou desde a informação 'de que tinha que ter dor pra eliminar tudo que tinha ficado dentro do útero' até a declaração de que 'não tenho tempo agora porque tem muita mulher parindo e isso é mais urgente'. (...) Sob a visão de algumas mulheres, ao não minimizarem a dor, os profissionais de saúde querem é mesmo castigar pelo aborto provocado: 'ela [a médica] falou que eu não podia ficar gritando e, se eu não quisesse ter dor, que eu tivesse pensado antes'.

Muito embora a curetagem seja o procedimento mais utilizado no atendimento em situação de aborto, a aspiração manual intrauterina (AMIU) deveria ser o método escolhido para tratar grande parte de casos de aborto incompleto, pois quando comparada à curetagem uterina, é menos dolorosa, mais barata e tão efetiva quanto a curetagem (MADEIRO, RUFINO, 2015).

Não obstante o sofrimento físico e psicológico sofrido, durante o atendimento em situação de aborto a mulher lida com a violência obstétrica física e psicológica ao serem tratadas como suspeitas ou acusadas, bem como ameaçadas de serem denunciadas à polícia. Além disso, a mulher em situação de abortamento também sofre com a culpabilização do ocorrido e com a ausência de informações sobre procedimentos e internação (FPA, SESC, 2010).

As narrativas de ameaça de denúncia à polícia são perturbadoras, convertendo o cenário do serviço de saúde, que deveria ser acolhedor, em espaço de ameaça para as mulheres. Mesmo sem apresentar um padrão comum, essas histórias foram mais encontradas entre aquelas internadas com complicações mais graves, aquelas com idade gestacional mais avançada e também nas situações onde houve identificação do medicamento na vagina. A enunciação, pelos profissionais, de que as mulheres cometeram um “assassinato”, um “crime” ou “um pecado contra a sociedade” foi descrita por elas como uma situação de intenso sofrimento: 'ele [o médico] me disse que eu podia sair algemada daqui e eu achei que minha vida ia acabar se isso acontecesse'. (MADEIRO, RUFINO, 2015, p. 2776)

Cumpramos ressaltar que o Ministério da Saúde expediu norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011) para orientar profissionais acerca do atendimento de mulheres em situação de abortamento. De acordo com a norma, o profissional de saúde deve seguir orientações como evitar pré-julgamentos, promover o acolhimento e atender um roteiro de conversa que priorize a escuta e estimule a mulher a dialogar. Além disso, é garantido a mulher que sua saúde seja tratada como prioridade, em todo caso de abortamento, atendendo sua dignidade e autonomia, bem como sejam ofertados medicamentos para alívio da dor como analgésicos e anestésias (PARTO DO PRINCÍPIO, p. 55).

Outrossim, não se pode negar o atendimento de emergência à mulher em situação de abortamento, afastando-se assim situações de negligência e omissão de socorro que violem os direitos humanos das mulheres. Isto porque, o Código de Ética Médica dispõe que é vedado ao médico:

Art. 7º. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

De outra banda, o Ministério da Saúde orienta que diante de situação de abortamento, o profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público,

[...] pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é um dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o

seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher. (BRASIL, 2011, p. 19)

Nessa toada, constata-se que o atendimento e o sigilo médico devem ser garantidos a mulher em situação de abortamento independente de crenças ou julgamentos pessoais que venham a prejudicar a qualidade do serviço prestado ou a vida da mulher. Por fim, ressalta-se que atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever do profissional de saúde.

#### **4. OS ASPECTOS JURÍDICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

A violência obstétrica consiste em uma violência de gênero uma vez que sua ocorrência baseia-se no fato da vítima ser uma mulher e, portanto, socialmente subordinada na sociedade patriarcal. Apesar de uma em cada quatro mulheres sofrerem violência obstétrica no Brasil (FPA, SESC, 2012), a legislação pátria ainda sofre com a ausência de tipificação legal da prática e sanções a mesma.

Nos últimos anos, a violência obstétrica começou a ser debatida e explanada em sociedade, principalmente através de relatos corajosos e uma rede de mulheres e mães empoderadas que visam combater a prática. Conforme se verá a seguir, alguns movimentos e leis originados na América do Sul têm inspirado movimentos e projetos legislativos brasileiros que visam combater juridicamente a violência obstétrica e alcançar a humanização do parto.

##### **4.1. Da violação dos direitos humanos e legislação vigente**

A violência obstétrica enquanto um tipo de violência de gênero consiste em uma violação aos direitos humanos da mulher caracterizada por intervenções dolorosas, humilhantes ou sem respaldo clínico, danosas à integridade física e psicológica das parturientes, perpetrada pelos profissionais de saúde, bem como por instituições, públicas ou privadas, nas quais as mulheres são atendidas. Além disso, a violência

obstétrica também abrange pré-julgamentos e discriminações relacionados a sua cor ou classe.

Essa conjuntura de procedimentos e condutas clínicas se perpetua durante a gestação, parto e puerpério e revela uma afronta aos direitos fundamentais da mulher por afetar sua dignidade humana e liberdade. De acordo com a Constituição Federal brasileira, em seu art. 5º:

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

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

No mesmo sentido, a dignidade da pessoa humana, esculpida no inciso III do art. 1º da Constituição Federal, assegura à mulher um tratamento saudável e seguro sem práticas ou intervenções que possam se assemelhar à tortura e tratamento degradante. Em consonância a esse entendimento, a Convenção Americana Sobre Direitos Humanos (1969) dispõe que:

#### Artigo 5. Direito à integridade pessoal

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.

2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

Além disso, o reconhecimento dos direitos reprodutivos enquanto direitos humanos também se faz necessário para compreender a violação do corpo feminino em casos de violência obstétrica. Os direitos reprodutivos são compreendidos como a liberdade de homens e mulheres de decidir se e quando desejam reproduzir-se sem sofrer em sofrer

discriminação, coerção, violência ou restrição. O Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CAIRO, 1994) e a IV Conferência Mundial da Mulher (PEQUIM, 1995), legitimaram esse conceito e estabeleceram novos modelos de intervenção na saúde reprodutiva e de ação jurídica em consonância com os direitos humanos.

Outrossim, o efetivo exercício dos direitos sexuais demanda o acesso a informações, meios e recursos seguros, disponíveis e acessíveis, cabendo somente aqui a intervenção do Estado para a implantação de políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva, (PIOVESAN, 2009).

Nessa toada, a violência obstétrica sofrida pela mulher consiste em uma violação aos direitos humanos e, portanto, uma violência aos seus direitos sexuais, uma vez que a interferência no corpo feminino através de procedimentos invasivos durante o processo de parir fere a autonomia da mulher sobre sua sexualidade e reprodução. Não obstante, as consequências dessas intervenções podem afetar a sua saúde sexual e reprodutiva devido a marcas e dores físicas ou psicológicas.

De outra banda, os atos de violência obstétrica perpetrados por profissionais de saúde pelas mais variadas motivações, desde sua moral ou pressupostos econômicos, afetam diretamente a garantia à saúde e o direito à vida, bem mais valioso do ser humano. À luz da Constituição Federal brasileira,

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

A materIALIZAÇÃO mais evidente desse dispositivo consiste no Sistema Único de Saúde - SUS, que, em linhas gerais, representa o setor público de saúde e o acesso universal do cidadão aos serviços de medicina, enfermagem e pronto-socorro. Atualmente, cerca de 70% de partos realizados no SUS são normais. Todavia, a incidência de violência obstétrica no setor atinge ao menos uma em cada quatro mães brasileiras

(FPA, 2010), revelando que algumas das garantias constitucionais não são asseguradas pelo Estado brasileiro.

Enquanto o Estado brasileiro ainda se demonstra inerte diante da prática institucionalizada da violência obstétrica, o número de mortes maternas segue em torno de 50/60 mortes maternas por 100 mil nascituros, enquanto a meta para redução de morte materna seja de 10 a 20 mortes maternas por 100 mil nascituros, conforme preconiza a OMS. Em razão desses elevados índices, algumas ações vem sendo tomadas para garantir um atendimento mais seguro e humanizado para as mulheres, conforme se analisará a seguir.

Todavia, para que seja possível a solução da violação dos direitos fundamentais da mulher em decorrência da violência obstétrica, faz-se necessária a implantação de que políticas públicas que trabalhem para concretizar a autonomia e o empoderamento feminino, bem como erradique condutas equivocadas perpetradas por profissionais de saúde em atendimento a gestantes, parturientes ou puérperas.

#### 4.1.1. Lei do Acompanhante

Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse 'Então eu vou embora e você faz o parto'. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 65)

Muito embora o relato de restrição de acompanhante seja recorrente tanto no setor público quanto privado, toda parturiente tem o direito de ingressar na maternidade acompanhada. De acordo com a Lei nº 11.108/2005, popularmente reconhecida como Lei do Acompanhante:

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.

Outrossim, caso a parturiente seja adolescente, o direito ao acompanhante é assegurado tanto pelo dispositivo supracitado quanto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

(...)

§6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016)

Nessa toada, independente de faixa etária, raça ou classe, o acompanhamento durante todas as etapas da gestação e pós-parto são assegurados pela legislação brasileira. Todavia, esse direito é amplamente contestado e violado em maternidades e hospitais do país configurando casos de violência obstétrica institucional e posteriormente psicológica.

De acordo com o dossiê "Parirás com Dor" elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), a restrição do acompanhante ocorre por diversos motivos e justificativas que ferem o direito da mulher assegurado por lei. De acordo com os relatos colacionados na elaboração do mencionado documento, é comum ocorrer restrição da escolha da mulher, do tempo de permanência do acompanhante ou pelo vínculo com a instituição e tipo de parto.

Dessa maneira, muitos acompanhantes não puderam estar presentes durante o parto ou pós-parto das parturientes por justificativas que variam desde a impossibilidade de ingressar na sala de parto por proibição do médico, ou protocolo do hospital, a aplicabilidade da Lei nº 11.108/2005 só contemplar o sistema público ou privado.

Alguns relatos de parturientes e puérperas acerca do tema revelam negligência e distorção das disposições legais por parte dos serviços de saúde que perpetuam violência obstétrica institucional (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012):

Entrei em contato com a Maternidade e me informaram que não conhecem a lei que dá o direito ao acompanhante no parto e por isso a maternidade não permitirá acompanhante na hora do parto. (p. 69)

Apesar de ter sofrido uma cesárea, meu marido não conseguiu ficar como acompanhante, pois o serviço só permitia acompanhante mulher. Fiquei algumas horas sozinha até uma acompanhante mulher chegar. Durante o pós-parto imediato, e apesar de estar sofrendo vários desmaios, o hospital proibiu a permanência da acompanhante depois de 24h por protocolo da instituição. (p. 66)

A maternidade alegou que no SUS não pode ter acompanhante. Mas se eu quisesse muito, eu poderia pagar o parto todo particular para ter acompanhante no pré-parto, parto e no pós-parto e dividir o valor durante a gestação. Disseram que é só mil e quinhentos reais. Mil e quinhentos reais para ter o acompanhante, entendeu? (p. 70)

Imprimi a lei e levei para o meu médico ver. Mas ele leu e disse que não tem nada na lei [Lei Federal 11.108/05] escrito cesariana. Ele disse que o direito é só para parto e por isso eu não vou poder ter acompanhante na cesariana. (p. 67)

Para além disso, a restrição de acompanhante mediante contratação de planos específicos ou pagamento de taxas adicionais também é uma realidade do sistema de saúde suplementar que viola diretamente a legislação em comento. Atualmente, os pacotes de planos de saúde são vendidos com previsão de internação coletiva ou privativa para as mulheres e oferecem acomodações para acompanhante como um benefício das contratações mais caras. Esse tipo de conduta representa uma restrição do direito da mulher de ter um acompanhante, bem como induz a gestante a optar por planos mais caros diante do desejo de estarem acompanhadas (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Outro tipo de restrição que revela a face perversa da mercantilização dos serviços de saúde consiste na cobrança de taxas para a entrada e permanência do acompanhante que variam entre R\$200,00 (duzentos reais) e R\$300,00 (trezentos reais) cobrados no momento da internação em algumas maternidades (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Esse tipo de conduta pode vir a afetar o acompanhante enquanto o pai do bebê, visto que acompanhar o nascimento dos filhos reforça vínculos familiares (STORTI, 2004).

Ainda sobre este ponto, no ano de 2009, Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS) revisou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na Consulta Pública nº 31, resultando na Resolução Normativa nº 211, que se segue:

Resolução Normativa nº 211

Subseção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 19. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril

de 2005, ou outra que venha substituí-la;

[...]

§1º Para fins do disposto no inciso I deste artigo, entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

Conforme se verifica do art. 19, §1º, da RN nº 211 da ANS, a definição de pós-parto para fins de cobertura do acompanhante corresponde a 24 horas após o parto, o que contraria recomendações científicas e o próprio Ministério da Saúde. De acordo com a Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005 do Ministério da Saúde, que regulamenta a Lei nº 11.108/2005, o pós-parto imediato representa o período que abrange 10 dias após o parto. Nessa toada, o período de 24 (vinte e quatro) horas indicado na pela RN nº 211 da ANS se demonstra ínfimo diante da recomendação feita pelo órgão de saúde e das necessidades de uma puérpera.

Devido ao teor abusivo da norma que restringiu o direito da mulher pelo tempo de permanência do acompanhante, uma nova Consulta Pública foi realizada, culminando na Resolução nº 262 da ANS que compreende o período estipulado pelo Ministério da Saúde mediante indicação clínica:

Artigo 19

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

No que concerne ao tipo de restrição de acompanhante pelo tipo de parto, cumpre ressaltar que a Lei do Acompanhante não faz nenhum tipo de restrição quanto ao método vaginal ou cirúrgico. Nessa toada, possíveis alegações de que a restrição de acompanhante para o parto cesárea seria uma medida preventiva para evitar a propagação de bactérias em ambiente cirúrgico não possuem respaldos científicos. A bem da verdade, a Resolução nº 38/2008 da ANVISA estabelece normas e parâmetros sanitários para o controle de possíveis contaminações e infecções hospitalares, como a paramentação e higienização de todos profissionais e acompanhantes no bloco cirúrgico.

Nesse sentido, o Parecer Parecer nº 22/2012 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará dispõe que

Nos casos de cesariana, o acompanhante deverá atender as normas de segurança para prevenir os riscos de infecção, inclusive utilizando adequadamente vestuário cirúrgico, movimentação restrita na sala de cirurgia e o cumprimento das normas do centro cirúrgico. O hospital deve instituir suas normas internas para a presença do acompanhante no centro cirúrgico e para que seja dada ciência ao acompanhante, pela equipe cirúrgica, preservando a autonomia do médico assistente, caso o perfil do acompanhante não se enquadre nas normas estabelecidas. Portanto, cabe à instituição hospitalar se adequar ao cumprimento da Lei 11.108/05, não havendo dispositivo ético que impeça a presença na sala cirúrgica.

Nessa vereda, diversas maternidades recebem o acompanhante durante a realização da cesárea mediante os procedimentos preparatórios e restrição de movimentos na sala (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Não obstante a proibição de acompanhante ainda ser uma conduta hospitalar rotineira, o suporte à mulher durante o parto ou o pós-parto demonstra inúmeros benefícios. De acordo com STORTI (2004), a presença do acompanhante diminui o sofrimento, ansiedade e o medo, bem como torna o processo de parturição mais natural e menos traumático para a parturiente. Além disso, de acordo com o guia Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático (OMS 1996), o apoio

empático de acompanhantes, antes e durante o trabalho de parto pode diminuir a necessidade de analgesia e melhorar a experiência de dar à luz.

Dessa maneira, compreende-se que o acompanhante escolhido pela parturiente representa segurança e apoio num momento de anseios, dor e fragilidade, sendo determinante para a experiência de um parto humano ou traumático. Ainda no pós-parto, receber o apoio do acompanhante demonstra-se essencial para a recuperação, bem como sucesso na amamentação e redução dos níveis de exaustão e estresse. A partir disso, a restrição de um acompanhante de livre escolha da mulher representa uma violação a sua autonomia e direito, configurando uma violência obstétrica institucional com possíveis danos psicológicos que poderiam ser evitados a partir do suporte emocional.

#### 4.1.2. Lei de Doulas

Durante a gestação, parto e puerpério, a mulher se encontra em diferentes estados emocionais devido a mudanças corporais e hormonais, bem como a sua história de vida e projeções pessoais. Nesse aspecto, a figura de um acompanhante durante esses processos se demonstra imprescindível para promover sentimentos de confiança e segurança à mulher. A partir dessas colocações, faz-se necessário analisar a figura da doula e a legislação acerca do tema.

Etimologicamente, a palavra doula tem origem grega e significa "mulher que serve" e foi utilizada em sua concepção moderna pela primeira vez pela antropóloga Dana Raphael para referir-se a uma experiente companheira de parto que fornece à mulher e seu acompanhante suporte emocional e físico durante o processo de parto e puerpério (SOUZA, 2007). Nessa toada, compreende-se a doula como uma figura complementar ao suporte fornecido pelo acompanhante escolhido pela mulher. Isto porque,

[...] quando esta pessoa [acompanhante] compartilha um laço emocional é mais difícil manter-se calmo e alheio aos desconfortos sentido pela mulher. Neste momento, uma doula

experiente e cuidadosa pode calmamente ajudar esta mulher a lidar com o seu parto, ensinando-a como ficar confortavelmente relaxada. Representa também uma presença tranquilizante ao acompanhante. A doula oferece um nível de apoio diferente da pessoa que está intimamente relacionada com a mulher em processo de parto e nascimento (KLAUS, Marshall; KENNEL, John; KLAUS, Phyllis, 2002, citado por SOUZA, 2007, p. 21).

Dessa maneira, a figura da doula e do acompanhante se distinguem devido ao tipo de laço, bem como aos tipos de conhecimento e as técnicas realizadas pela primeira. Para além disso, o Ministério da Saúde considera que

Diversos ensaios clínicos aleatorizados sugerem que o acompanhamento da parturiente pela doula reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de partos operatórios. Alguns estudos também mostram a redução do número de cesáreas. Além destas vantagens, também é observado que os grupos de parturientes acompanhadas durante o parto pela doula têm menos depressão pós-parto e amamentam seus recém-nascidos nas primeiras seis semanas de vida em maior proporção que as parturientes dos grupos de controle. (BRASIL, 2001, p. 65).

Como exemplo de reconhecimento na legislação esparsa, o papel da doula foi amparado pela Lei nº 6305/2017, do Município do Rio de Janeiro, que permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. De acordo com o dispositivo,

Art. 1º Ficam obrigadas as maternidades, as casas de parto e os estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.

§ 1º Para os efeitos desta Lei e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, código 3221-35, doulas são acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

No entanto, algumas maternidades do município ainda não reconhecem a norma em vigor em como uma de suas rotinas hospitalares. Recentemente, o Conselho Regional de Medicina do Rio de

Janeiro - CREMERJ vedou em duas de suas Resoluções o apoio clínico ao parto domiciliar. De acordo com a Resolução nº 265/2012, além de ser vedado ao médico participar de partos domiciliares, é compulsoriamente determinada a notificação ao CREMERJ de "atendimento a complicações em pacientes submetidas a partos domiciliares e seus conceitos ou oriundas das chamadas "Casas de Parto"".

É cediço que essa resolução afeta a autonomia da mulher em escolher sobre seu parto domiciliar e assistido por aqueles que a mesma desejar, inclusive pela doula, bem como gera um sentimento inquisitorial de notificação ao órgão em casos de complicações. De outra banda, o parto domiciliar não possui contraindicações clínicas em se tratando de uma gestação normal e a partir da 37ª semana de gestação, razão pela qual a norma em comento se demonstra desatualizada.

Cumpre ressaltar ainda que o Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM n.º 1931/2009, prevê que:

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem

basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de

cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo

com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico

aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos

diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Nessa vereda, constata-se que o CREMERJ não pode tolher a escolha da parturiente pelo parto em seu domicílio, tampouco impedir os médicos que desejam participar do processo com objetivo de esvaziar a prática através de uma possível de infração ética e processo disciplinar em caso de descumprimento da Resolução nº 265/2012. Outrossim, a participação dos médicos no parto domiciliar se demonstra extremamente proveitosa de forma a viabilizar socorro adequado à parturiente em casos

de complicações que poderiam se agravar até o atendimento em unidade hospitalar.

Ainda sobre este ponto, destaca-se a Lei nº 12.842/2013, que dentre outras provisões, determina que

Art. 2º. O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

No mesmo sentido, a Resolução nº 266/2012 veda expressamente a participação de doulas, obstetrias e parteiras durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar, ressalvados os acompanhantes legais. Ao vedar a participação das doulas durante a realização do parto, o CREMERJ atenta diretamente contra o direito fundamental previsto no art. 5º, inciso XIII, da Constituição,

XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

Nesta senda, considerando que o exercício da profissão de doula foi reconhecida e organizada através de Lei Orgânica Municipal, não é possível vedar seu acompanhamento sob a justificativa de não serem "e pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde". A bem da verdade, as doulas são amplamente reconhecidas na sociedade que, mesmo sem dispor do termo específico, tem plena ciência de mulheres que auxiliam as parturientes a partir do acolhimento, respeito e estímulo a autoconfiança.

Além de representar um retrocesso no que tange as discussões mais recentes sobre a assistência da doula durante o trabalho de parto, a Resolução nº 266/2012 também contraria diretamente a Lei de Doulas do Município, uma vez que o dispositivo determina que

Art. 2º As doulas, para o regular exercício da profissão, estão autorizadas a entrar nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, com seus respectivos instrumentos de trabalho, condizentes com as normas de segurança em ambiente hospitalar, sem custo adicional à parturiente.

Para além disso, destaca-se que a edição de normas a respeito da não a admissão ou não de pessoas em ambientes hospitalares não incorpora a competência do Conselho Regional de Medicina, conforme previsão do art. 7º, parágrafo único, da Lei nº 12.842/2013:

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

Atualmente, ambas as Resoluções do CREMERJ estão sob juízo a partir de Ação Civil Pública ajuizada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio - COREN-RJ que pede a revogação dos dispositivos. Nesta senda, destaca-se trecho de parecer favorável a revogação das resoluções juntado pelo Ministério Público Federal em primeira instância:

Na hipótese de permanecerem em vigor as Resoluções CREMERJ nº 265/2012 e 266/2012, suas disposições acarretariam como resultado prático a inexistência de equipes multidisciplinares de apoio ao parto, quer em âmbito domiciliar (já que os médicos estariam vedados de participar de partos domiciliares), quer na seara hospitalar (eis que doulas, parteiras e obstetrias estariam impossibilitadas de acompanhar as gestantes na sala de parto).

Após o julgamento da lide com sentença procedente para o COREN-RJ, determinando a anulação das Resoluções nº 265/2012 e nº 266/2012, o CREMERJ apresentou apelação que foi provida por maioria no Tribunal Regional Federal da 2ª Região:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. RESOLUÇÕES 265/2012 E 266/2012 DO CREMERJ. ILEGITIMIDADE ATIVA DO COREN E DA DEFENSORIA PÚBLICA. ILEGALIDADE. AUSÊNCIA.

1- Os Conselhos Federal e Estadual de Enfermagem não possuem legitimidade ativa ad causam para ajuizar ação civil pública dirigida a afastar a aplicação da Resolução nº 265/2012 que, editada pelo Conselho Regional de Medicina, versa acerca de proibição restrita aos "médicos", que foram impedidos de

atuar em partos domiciliares.

2- Para o reconhecimento da legitimidade ativa da Defensoria Pública da União, ainda que seja dispensável a prévia demonstração de que o direito tutelado é titularizado unicamente por hipossuficientes, não há como afastar a necessidade de se comprovar que o provimento jurisdicional pretendido também repercutirá na esfera de interesses de economicamente necessitados e, sem qualquer evidência em sentido contrário, é difícil admitir como hipossuficiente uma parturiente cuja capacidade econômica lhe permita contratar um médico particular para lhe assistir em um parto doméstico.

3- A Resolução 266/2012 não constituiu vedação ao exercício profissional de qualquer atividade, mas medida levada a efeito pelo Conselho Regional de Medicina com vistas a obstar que, em função da sabida carência de profissionais, as unidades hospitalares se aparelhem com a força de trabalho das doulas, obstetrizas, parteiras, etc, evidentemente menos custosa, e passem a realizar partos, notadamente para a população de baixa renda, sem qualquer tipo de supervisão médica.

4- Recurso de apelação provido. (Tribunal Regional Federal 2ª Região - TRF 2. Processo nº 0041307-42.2012.4.02.5101. Relator: Desembargador Federal Guilherme Diefenthaeller. DJ: 13/01/2016)

Até o momento de elaboração do presente trabalho, os autos se encontram conclusos para apreciação de Embargos Declaratórios opostos pelo COREN-RJ em face do Acórdão supracitado. No que tange a terceira parte do mencionado Acórdão, é necessário ressaltar que as mulheres não devem ter o acompanhamento da doula, ou qualquer outro direito, cerceado em virtude da "sabida carência de profissionais", justificativa que poderia pressupor inúmeros procedimentos e rotinas danosas para sua saúde e integridade.

De outra banda, conforme supramencionado, o benefício do convívio de doulas durante o trabalho de parto pode reduzir as horas do processo, bem como a utilização de analgesia e a realização de cesáreas. Considerando que os custos com a internação, tanto no setor suplementar e público, correspondem a uma das maiores parcelas de gastos para a unidade hospitalar, assim como o uso de analgesia, o trabalho da doula tornaria o parto mais humanizado e eficiente para toda a equipe.

Não fosse o bastante, faz-se necessário comparar os gastos com paramentação ou acomodação de uma doula diante das inúmeras vantagens em contar com equipe multidisciplinar de apoio ao parto.

Por fim, cumpre ressaltar que devido aos movimentos pela

humanização do parto e redução das intervenções durante o processo, a figura da doula vem ganhando espaço dentro da sociedade e se popularizando em redes de mulheres que buscam se empoderar no momento da parturição. Nessa toada, a permanência de doulas em ambiente hospitalar significa um avanço na conquista do direito da mulher em ter um atendimento seguro e digno, assim como um respeito a sua autonomia e liberdade de escolha.

#### **4.2 O tratamento da violência obstétrica na América do Sul**

A utilização do termo violência obstétrica ocorreu pela primeira vez em 2010, pelo Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, em editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (PULHEZ, 2013, citado por AMORIM, 2015). A colocação foi possível devido a promulgação da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência na Venezuela, em 2007.<sup>2</sup>

De acordo com a introdução à lei em sua publicação oficial:

A violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e de violação sistemática de seus direitos humanos, que mostra de forma dramática os efeitos da discriminação e subordinação da mulher por razões de gênero na sociedade. O exercício dos direitos humanos das mulheres, em matéria de violência baseada no gênero, se vê afetado significativamente também pelas concepções jurídicas tradicionais, baseadas em paradigmas positivistas e sexistas. Até algumas décadas atrás se acreditava, em uma perspectiva generalista, que os maus tratos às mulheres era uma forma a mais de violência, com uma adição de excepcionalidade e causa possível na patologia do agressor da vítima. Desde os anos setenta do século XX é reconhecida sua especificidade e o fato de que suas causas estão nas características estruturais da sociedade. A compreensão do tema, então, exige algumas chaves explicativas que vão desde a insistência em sua especificidade e compreensão sociais, passando por uma denúncia de sua frequência e seu caráter não excepcional, mas comum. [...] Em virtude de que é obrigação do Estado atender, prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres, devendo expedir as normas legais que sirvam para tais fins, se estabeleceram nesta lei todas as ações e manifestações da violência, tanto no âmbito intrafamiliar como fora do mesmo,

---

<sup>2</sup> Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Venezuela, 2007.

dando lugar a novas definições como a violência institucional, midiática e laboral, entre outras, que afetam às mulheres em diferentes espaços de seu desempenho social. (VENEZUELA, Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007, tradução nossa).

O referido dispositivo constitui um marco na defesa do direito das mulheres ao tipificar 19 (dezenove) formas de violência contra a mulher, dentre elas a violência obstétrica como "a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais".<sup>3</sup>

Urge ressaltar que a lei venezuelana também conceitua oportunamente a violência institucional, caracterizando-a como ações ou omissões de autoridades, funcionários, profissionais e agentes pertencentes a qualquer órgão, entidade ou instituição pública cujo objetivo seja atrasar ou impedir que as mulheres tenham acesso a políticas públicas e exercem os direitos fornecido se assegurados pelo Estado.<sup>4</sup>

De outra banda, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência também se destaca por especificar os tipos de delitos constitutivos de violência obstétrica cometidos por profissionais de saúde, conforme disposto em seu artigo 51:

Consideram-se atos constitutivos de violência obstétrica os efetuados por profissional da saúde, consistentes em:

- 1 – Não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas.
- 2- Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo meios necessários para a realização do

---

<sup>3</sup> Artículo 15. Formas de violencia. (...)

13. - Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre SUS cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

<sup>4</sup> Art. 15. Formas de violencia. (...)

16. - Violencia institucional: Son las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano u ente público que contrariamente al debido ejercicio de sus atribuciones, retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley, para asegurarles una vida libre de violencia.

parto vertical.

3- Impedir a permanência do recém-nascido com a mãe, sem causa médica justificada, negando-a a possibilidade de carregá-lo e amamentá-lo imediatamente ao nascer.

4 – Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.

5 – Praticar o parto por via cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. (VENEZUELA, Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007, tradução nossa).

Ainda de acordo com o dispositivo, os profissionais que cometerem a violência obstétrica a partir de quaisquer atos mencionados na legislação devem sofrer punições nas esferas cível e administrativa, a partir de pagamento de multa arbitrada pelo tribunal responsável, bem como procedimento disciplinar no hospital ou maternidade profissional.<sup>5</sup>

Nesta senda, o dispositivo legal venezuelano trata com precisão a violência obstétrica a fim de erradicar e punir as práticas delituosas por parte de profissionais de saúde contra gestantes e parturientes. Além disso, a mencionada lei trata de forma densa diversas formas de violência contra a mulher, constituindo um importante aparato legal a ser utilizado como referência por demais países latino americanos.

Não obstante o tratamento legal especial dado pela Venezuela às situações que violem o direito das mulheres ser pioneiro na legislação de combate a violência obstétrica, cumpre ressaltar que não se faz menção ao atendimento humanizado no corpo do dispositivo, nem ao direito a acompanhante ou aleitamento materno. Nessa toada, invoca-se a Lei Nacional nº 25.929 da Argentina, popularmente conhecida como Lei do Parto Humanizado.<sup>6</sup>

A Lei Nacional nº 25.929, promulgada em 17 de setembro de 2004 na Argentina, estabelece direitos aos pais e ao recém-nascido e garante direitos que proporcionaram mais dignidade e respeito às gestantes,

---

<sup>5</sup> Art. 51. (...) En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o a responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

<sup>6</sup> Ley 25.929 – Ley de Parto Humanizado, Argentina, 2004.

parturientes e puérperas. Dentre outras provisões, a lei argentina sobre o parto humanizado determina que,

Artigo 2º.- Toda mulher, grávida, em trabalho de parto, em parto e pós parto, tem os seguintes direitos:

- a) de ser informada sobre as intervenções médicas que possam ocorrer durante os processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas;
- b) de ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, que lhe garanta a intimidade durante o processo e leve em consideração seus padrões culturais;
- c) de ser considerada pessoa sã, de modo que facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto;
- d) ao parto natural, com respeito aos tempos biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e ministração de medicação que não estejam justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou da criança;
- e) a ser informada sobre a evolução de seu parto, o estado da criança e que participe das diferentes ações dos profissionais;
- f) a não ser submetida a nenhum exame de intervenção cujo propósito seja de investigação, salvo consentimento manifestado por escrito, devidamente protocolado e aprovado pelo Comitê de Bioética;
- g) de estar acompanhada de uma pessoa de sua confiança durante todos os avanços do parto;
- h) de ter a criança consigo durante a permanência no estabelecimento sanitário, desde que o bebê não requeira cuidados especiais;
- i) a ser informada dos benefícios do aleitamento materno e receber apoio para amamentar;
- j) receber informações sobre os cuidados de si e da criança;
- k) ser informada sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas sobre a criança e sobre si. (ARGENTINA, Ley 25.929 – Ley de Parto Humanizado, 2004, tradução nossa)

Muito embora não tipifique legalmente a violência obstétrica ou coíba sua prática, a lei argentina trata com minuciosidade os direitos das gestantes, parturientes e puérperas, constituindo um aparato legal que proporciona maior segurança e confiança à mulher. Outrossim, o dispositivo também estabelece direitos aos recém-nascidos, as principais vítimas da violência obstétrica depois das mulheres.

Em linhas gerais, de acordo com a Lei 25.929 da Argentina o recém-nascido deve ser tratado, com respeito e dignidade, ser identificado, e não ser submetido a nenhum exame ou intervenção cujo propósito seja de investigação ou docência, salvo aprovação pelo Comitê de Bioética<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> ARTICULO 3º — Toda persona recién nacida tiene derecho:

Além do aparato legal concedido pela lei argentina sobre o parto humanizado, em 1º de abril de 2009, a Argentina promulgou a Lei nº 26.485 – Lei de Proteção Integral às Mulheres<sup>8</sup>. A lei conceitua a violência contra a mulher classificando-a em tipos - física, psicológica, sexual, econômica e simbólica - e modalidades em que podem se manifestar - violência doméstica, violência institucional, violência laboral contra as mulheres, violência contra a liberdade reprodutiva, violência obstétrica e violência midiática contra as mulheres.

No que tange a violência obstétrica, a Lei 26.485 da Argentina conceitua como:

ARTIGO 6º — Modalidades. Para os efeitos dessa lei se entendem por modalidades as formas em que se manifestam os distintos tipos de violência contra as mulheres em diferentes âmbitos, ficando especialmente compreendidas as seguintes:

[...]

e) Aquela que exerce o profissional da saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres expressadas em um trato desumano, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, em conformidade com a Lei 25.929. (ARGENTINA, Lei

Nesse diapasão, pode-se dizer que a lei complementou o tratamento legal fornecido ao parto humanizado e fortaleceu a prevenção das práticas que culminam em violência obstétrica. Ainda sobre esse ponto, a lei determina que os três poderes do Estado – Executivo, Legislativo e Judiciário – adotem políticas a fim de conscientizar as mulheres, e a sociedade como um todo, a respeito dos direitos e

- 
- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
  - b) A su inequívoca identificación.
  - c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
  - d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.
  - e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

<sup>8</sup> Ley 26.485 – Ley de Protección Integral a Las Mujeres, Argentina, 2009.

garantias constitucionais femininos.<sup>9</sup>

Cumprе ressaltar ainda que a Lei nº 26.485 da Argentina possibilitou à mulher vítima de violência a reparação civil pelos danos e prejuízos, conforme as normas que regem a matéria<sup>10</sup>.

Diante do exposto, a legislação argentina e a venezuelana se assemelham no que tange a conceituação de violência obstétrica enquanto a apropriação do corpo e processos reprodutivos da mulher por parte dos profissionais de saúde a partir de tratamentos e intervenções desumanizadores, bem como abuso da medicalização e patologização de processos naturais.

No entanto, é imperioso tecer algumas considerações a respeito dos dispositivos em comento.

Primeiramente, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma

---

<sup>9</sup> ARTICULO 7º. Preceptos rectores. Los tres poderes del Estado, sean del ámbito nacional o provincial, adoptarán las medidas necesarias y ratificarán en cada una de sus actuaciones el respeto irrestricto del derecho constitucional a la igualdad entre mujeres y varones. Para el cumplimiento de los fines de la presente ley deberán garantizar los siguientes preceptos rectores:

- a) La eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres;
- b) La adopción de medidas tendientes a sensibilizar a la sociedad, promoviendo valores de igualdad y deslegitimación de la violencia contra las mujeres;
- c) La asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia, asegurándoles el acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios creados a tal fin, así como promover la sanción y reeducación de quienes ejercen violencia;
- d) La adopción del principio de transversalidad estará presente en todas las medidas así como en la ejecución de las disposiciones normativas, articulando interinstitucionalmente y coordinando recursos presupuestarios;
- e) El incentivo a la cooperación y participación de la sociedad civil, comprometiendo a entidades privadas y actores públicos no estatales;
- f) El respeto del derecho a la confidencialidad y a la intimidad, prohibiéndose la reproducción para uso particular o difusión pública de la información relacionada con situaciones de violencia contra la mujer, sin autorización de quien la padece;
- g) La garantía de la existencia y disponibilidad de recursos económicos que permitan el cumplimiento de los objetivos de la presente ley;
- h) Todas las acciones conducentes a efectivizar los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

Vida Livre de Violência da Venezuela compreende um denso aparato legal preciso em coibir e erradicar a violência obstétrica a partir de suas consequências legais. Todavia, o dispositivo não contém previsões a respeito do parto humanizado, tampouco do direito da mulher a um acompanhante, como o previsto na Lei nº 25.929 - Lei do Parto Humanizado da Argentina. Nessa vereda, cabe à sociedade civil aliada à movimentos e organizações, como a REVEHUNA – Rede Venezuelana de Humanização do Nascimento, que complementem o alcance da lei através de ações públicas que levem conhecimento às mulheres sobre os direitos dos pais e recém-nascidos (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

De outra banda, enquanto na Lei Orgânica da Venezuela a violência obstétrica constitui um delito caracterizado, tornando o dispositivo mais denso e sua aplicação mais efetiva, a Lei nº 26.485 da Argentina não dispõe de tipificação legal da violência obstétrica ou de penas a serem aplicadas nesses casos.

Neste sentido, é cediço dizer que enquanto falta à legislação venezuelana o conceito de humanização do parto e integração desse processo aos demais familiares, na legislação argentina ausenta-se a tipificação legal dos delitos relativos à violência obstétrica e a estipulação de penas cabíveis. Não obstante, ambas legislações contribuem de forma complementar para assegurar um atendimento mais digno e menos violento às mulheres, norteando a América do Sul para um horizonte de garantias e respeito aos direitos fundamentais e reprodutivos da mulher.

#### 4.2.1. O combate à violência obstétrica no Brasil

Muito embora a violência obstétrica seja uma realidade institucionalizada no Brasil, o país não conta com legislação específica como a Argentina e Venezuela para combater e penalizar a prática. Entretanto, conforme se demonstrará a seguir, os principais tribunais brasileiros tem reconhecido casos de violência obstétrica em que há responsabilização civil ou penal.

---

<sup>10</sup> ARTICULO 35. Reparación. La parte damnificada podrá reclamar la reparación civil por lós daños y perjuicios, según las normas comunes que rigen la materia.

Em linhas gerais, tanto a responsabilidade civil quanto a responsabilidade penal pressupõe um ato ilícito praticado que gera uma obrigação ressarcitória do indivíduo pela atividade danosa. Enquanto a responsabilidade civil é caracterizada por uma conduta que lesiona um bem jurídico tutelado<sup>11</sup> sem necessariamente ocorrer uma prática criminal, a responsabilidade criminal consiste a transgressão de uma conduta tipificada legalmente pelo Direito Penal. No que tange a violência obstétrica, a mesma pode viabilizar ambos os tipos de responsabilização.

Com relação à responsabilidade criminal, as condutas que culminam na prática de violência obstétrica podem imputar diversas práticas delituosas aos profissionais de saúde, como por exemplo: homicídio, lesão corporal, constrangimento ilegal, ameaça, maus-tratos, calúnia, difamação e injúria (VELOSO, SERRA, 2016, p. 24). Enquanto a violência obstétrica se caracteriza por práticas intervencionistas prejudiciais à saúde da mulher, a lesão corporal, art. 129 do Código Penal, é uma conduta facilmente identificável diante de procedimentos como a episiotomia realizada sem consentimento e a manobra de Kriesteller, uma vez que podem gerar graves danos ao corpo da parturiente.

Ainda sobre o artigo 129 do Código Penal, a aceleração de parto resultante de uma lesão corporal constitui um agravante:

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano.  
Lesão corporal de natureza grave  
§ 1º Se resulta:  
(...)  
IV - aceleração de parto:  
Pena - reclusão, de um a cinco anos.

De outra banda, uma das consequências diretas da violência obstétrica é a perda de autonomia da mulher durante o processo de parturição, onde é submetida a diversos procedimentos e orientações que tolhem seus direitos. Nessa toada, cabe invocar o art. 146 do Código Penal, que determina

---

<sup>11</sup> Art. 186. Aquele que, por omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

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

“Minha filha nasceu a caminho do hospital, no carro, sem assistência. Tudo porque me senti altamente constrangida no hospital, lugar no qual deveria me sentir segura. Fui amedrontada e desrespeitada nos atendimentos anteriores no hospital.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 130)

Na sequência, o artigo 147 do Código Penal também caracteriza como ilícito penal a ameaça, método identificado entre as práticas de violência obstétrica para obrigar a parturiente a ceder a algum procedimento ou determinação do médico ou instituição durante o parto.

Art. 147 - Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave:

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

Parágrafo único - Somente se procede mediante representação.

Até a enfermeira lá falou assim, a estagiária falou: ‘Olha, isso mesmo. Continua assim [quieta] porque geralmente eles judia um pouco quando a mulher dá trabalho’. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 134).

Para além destas condutas tipificadas criminalmente e reconhecidas entre as condutas da violência obstétrica, há de se ressaltar que um relato comum entre parturientes e as conceituações sobre o tema até aqui trazidas consiste em maus-tratos. Dentre os maus tratos sofridos pelas parturientes estão situações de privação de alimentação, restrição a posição que deve conduzir o parto, descaso ou abandono durante o atendimento - principalmente em situações de abortamento - e ofensas verbais (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). De acordo com o Código Penal:

Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado,

quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º - Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§ 3º - Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos.

Ademais, em casos de violência obstétrica muitas parturientes estão vulneráveis a sofrer calúnia (art. 138, Código Penal), difamação (art. 139, Código Penal) e injúria (art. 140, Código Penal), condutas que por vezes cumulam de acordo com a situação da parturiente.

Muito embora os crimes supracitados consistam em práticas legalmente tipificadas que ocorrem em casos de violência obstétrica, nenhum deles está especificamente relacionado com a temática e, portanto, não aborda com precisão as violações que a mulher pode sofrer durante o parto. Atualmente, alguns tribunais do país tem reconhecido práticas de violência obstétrica em suas decisões e atribuindo responsabilidade civil ou criminal.

RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA DO PODER PÚBLICO – ELEMENTOS ESTRUTURAIS – PRESSUPOSTOS LEGITIMADORES DA INCIDÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA – TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO – HOSPITAL PÚBLICO QUE INTEGRAVA, À ÉPOCA DO FATO GERADOR DO DEVER DE INDENIZAR, A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – RESPONSABILIDADE CIVIL DA PESSOA ESTATAL QUE DECORRE, NA ESPÉCIE, DA INFLIÇÃO DE DANOS CAUSADA A PACIENTE EM RAZÃO DE PRESTAÇÃO DEFICIENTE DE ATIVIDADE MÉDICO-HOSPITALAR DESENVOLVIDA EM HOSPITAL PÚBLICO – LESÃO ESFINCTERIANA OBSTÉTRICA GRAVE – FATO DANOSO PARA A OFENDIDA RESULTANTE DE EPISIOTOMIA REALIZADA DURANTE O PARTO – OMISSÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, EM REFERIDO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, NO ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO – DANOS MORAIS E MATERIAIS RECONHECIDOS – RESSARCIBILIDADE – DOCTRINA – JURISPRUDÊNCIA – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. (STF - AI nº 852237 RJ, Relator: Min. Celso de Mello, DJ: 25/06/2013)

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. Parto normal com episiotomia. ART. 121, § 3º, DO cp. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (inobservância de regra técnica de profissão). Pena que não merece redimensionamento. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. (TJ/RS, Apelação crime nº: 70053392767, Des. Relatora: Lizete Andreis Sebben, DJ: 14/11/2013, 2ª Câmara Criminal)

Ainda sobre este ponto, imperioso destacar decisão proferida pela em 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo diante de recurso de apelação em demanda sobre violência obstétrica:

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres tem pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de “dor necessária”. Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido.

(TJ/SP APELAÇÃO nº 0001314-07.2015.8.26.0082,

Des. Relator: Fábio Podestá, DJ: 11/110/2017, 5ª  
Câmara de Direito Privado)

De outra banda, insta salientar que a Vale frisar que a Constituição Federal prevê em seu art. 5º, inciso XXXIV, a comunicação de um ato ilícito aos órgãos competentes:

Art. 5º.

(...) XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:

- a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;
- b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal;

Nesta senda, a mulher que sofre violência obstétrica tem o direito constitucional de comunicar o ocorrido ao Poder Público. A comunicação pode ser feita à Secretaria de Saúde local para averiguação interna ou ao Ministério Público, conforme preceitua o artigo 127 da Constituição Federal ao incumbir o órgão da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Sobre este ponto, cumpre ressaltar que já foram divulgadas denúncias contra a prática de violência obstétrica ao Ministério Público em alguns estados, como Brasília e São Paulo. No ano de 2014, o Ministério Público Federal de São Paulo instaurou Inquérito Civil Público para apurar denúncias de violência obstétrica em estabelecimentos de saúde na capital paulista.<sup>12</sup> Já em Brasília, no ano de 2016, o Ministério Público Federal investigou denúncia feita por estudantes da Universidade de Brasília - UnB sobre violência obstétrica praticadas no Hospital Regional de Samambaia e em outras unidades públicas de saúde do Distrito Federal.

De acordo com o Procedimento Preparatório nº 1.16.000.001544/2016-49<sup>13</sup> elaborado pelo Ministério Público Federal de Brasília, diante da denúncia feita por estudantes em estágio supervisionado, os dirigentes do hospital investigado informaram desconhecer os episódios narrados que incluíam piadas vexatórias, negativas de atendimento e analgesia, realização de episiotomia e

---

<sup>12</sup> [http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias\\_prsp/10-03-14-mpf-sp-instaura-inquerito-para-investigar-atos-de-violencia-obstetrica](http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/10-03-14-mpf-sp-instaura-inquerito-para-investigar-atos-de-violencia-obstetrica)

manobra de Kristeller, e agressões verbais. No entanto, os episódios foram corroborados por dezenas de pacientes do hospital que confirmaram a violência obstétrica sofrida por parte de médicos e enfermeiros negligentes. Nessa senda, o Ministério Público Federal de Brasília emitiu Recomendação que, dentre outras provisões determina a instauração de procedimento administrativo, a fim de apurar a prática de violência obstétrica no hospital denunciado, bem como a adoção de as providências necessárias a fim de coibir práticas de violência obstétrica nas dependências dos hospitais e maternidades públicos do Distrito Federal, garantindo atendimento humanizado às gestantes e parturientes atendidas.

Não obstante o reconhecimento da violência obstétrica na jurisprudência pátria e por parte do Ministério Público, não há na legislação brasileira nenhuma lei promulgada que conceitue e tipifique a violência obstétrica legalmente, como na Venezuela e Argentina, o que impede que consequências legais mais precisas.

Hodiernamente, existem três projetos de lei que versam sobre a violência obstétrica tramitando na Câmara dos Deputados sob aprovação conclusiva de comissões. O Projeto de Lei nº 7633/2014 do deputado federal Jean Wyllys do Psol/RJ foi o primeiro a dispor sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, conceituando a violência obstétrica com definição semelhante a dada pela Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência promulgada em 2007 na Venezuela e a Lei nº 26.485 promulgada em 2009 na Argentina:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei,

---

<sup>13</sup> <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-violencia-obstetrica>

considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Na sequência, o projeto de lei ainda conceitua ofensas verbais ou físicas, dentre outras, em 22 (vinte e dois), bem como a restrição de acompanhante ou tratamento deste como mero visitante. Ademais, os direitos do recém-nascido também são assegurados no art. 16 da PL nº 7633/2014, onde, dentre outras provisões, estão a amamentação em livre demanda imediatamente após nascer e durante a primeira meia hora de vida e a não separação da mãe para realizar procedimentos de rotina, ressaltados exames que possam ser feitos no colo da puérpera.

De outra banda, PL nº 7633/2014 também é pioneira ao tratar da institucionalização do parto cesárea no país, determinando em seu artigo 25 que

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

Nessa vereda, o mencionado Projeto de Lei designa a criação de "Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO" com a finalidade de realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no país. O dispositivo dispõe ainda que as referidas CMICBPO devem permanecer vigentes até que o país adeque suas taxas nacionais de cesariana aos índices preconizados pela OMS e reduza os eventos de violência obstétrica<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Art. 26 – Serão criadas e regulamentadas por meio de portaria as Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, representativas das esferas estadual, municipal e institucional, compreendendo esta última qualquer instituição ou estabelecimento obstétrico público ou privado de saúde

Além do exposto, o Projeto de Lei nº 7633/2014 dispõe de capítulo especial sobre a erradicação da violência obstétrica, a partir da comunicação de eventos relacionados a esta à órgãos especiais e responsabilização civil e criminal aos profissionais de saúde que a praticarem, bem como penalidades ao estabelecimento de saúde em que ocorrer.

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

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

Não obstante o denso texto legal proposto pelo Projeto de Lei nº 7633/2014, não é possível identificar precisamente as penalidades impostas aos hospitais, maternidades e profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica. De acordo com o dispositivo,

Art. 29 - As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões.

Destarte, a aplicabilidade do mencionado Projeto de Lei resta ligeiramente prejudicada, visto que não é especificado ao longo do texto legal os tipos de sanções penais aos quais serão submetidos aqueles que violarem suas disposições. Conforme já mencionado alhures, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência promulgada em 2007, na Venezuela, conta com um denso aparato legal que determina o pagamento de multa especificada em lei e comunicação do evento ao hospital responsável para que o profissional sofra medidas

---

suplementar.

(...)

§ 8º - As CMICBPO começam a ser formadas a partir da promulgação desta Lei e permanecerão vigentes até que o país adeque suas taxas nacionais de cesariana aos valores preconizados pela OMS, e reduzam a índices mínimos os eventos de violência obstétrica, atendendo a padrões internacionais de qualidade dos serviços obstétricos.

disciplinares.

Além do Projeto de Lei nº 7633/2014, atualmente tramitam na Câmara dos Deputados, outros dois projetos que tratam da violência obstétrica. O Projeto de Lei nº 7867/2017 da Deputada Jô Moraes do PCdoB/MG dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

O dispositivo em comento especifica 21 (vinte e um) tipos de violência obstétrica contra mulher de forma física e verbal, dos quais destaca-se:

Art. 4º. Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras:

(...)

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos;

(...)

VIII – promover a transferência da gestante ou parturiente sem confirmação prévia da existência de vaga e garantia de atendimento ou de tempo suficiente para que esta chegue ao local em segurança;

(...)

XVI – demorar injustificadamente para alojar a puérpera em seu leito;

XVII – submeter a mulher e/ou recém-nascido a procedimentos com o fim exclusivo de treinar estudantes;

As provisões supracitadas, dentre outras, destacam-se pelo combate a violência obstétrica institucional que possui efeitos físicos e psicológicos. Para além disso, o Projeto de Lei nº 7867/2017 se assemelha ao primeiro projeto comentado ao assegurar o aleitamento materno, bem como a presença de acompanhante e a exposição de conteúdo informativo sobre a violência obstétrica em estabelecimentos de saúde.

De outra banda, o dispositivo em comento não trata dos direitos do recém-nascido, tampouco detalha os órgãos ou formas de erradicação da violência obstétrica, estabelecendo unicamente em seu art. 6º que “o descumprimento da lei acarretará em penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil”. Nessa seara, também ressalva-se sobre este dispositivo a possibilidade de prejuízo da aplicabilidade da norma, visto que as sanções não são especificadas ao longo do texto legal.

Outro projeto que dispõe sobre a violência obstétrica e tramita na Câmara dos Deputados no momento atual é o Projeto de Lei nº 8219/17 de autoria do Deputado Francisco Floriano do DEM/RJ. Diferente dos já comentados, o texto legal do projeto em comento é menos extenso e elenca exclusivamente 9 (nove) tipos de violência obstétrica dentre eles a negativa de atendimento, discriminação, bem como a restrição de acompanhante e realização de cesariana sem indicação clínica ou consentimento.

Apesar de ser mais sucinto, o Projeto de Lei nº 8219/17 tipifica a violência obstétrica e estipula pena de detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa ao profissional de saúde que praticá-la em seu terceiro artigo. Ademais, a episiotomia possui tratamento legal diferenciado de acordo com o referido Projeto de Lei:

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.

Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa

Nesse diapasão, constata-se que os três projetos de lei comentados dispõe sobre a violência obstétrica a partir de diferentes óticas que podem inclusive se complementar entre si. Enquanto o Projeto de Lei nº 7633/14 é mais extenso e dispõe sobre um denso rol de direitos sobre a humanização do parto, bem como de práticas de violência obstétrica vedadas aos profissionais de saúde, os demais não contam com nenhum artigo a respeito da assistência humanizada. Cumpre ressaltar que, embora o Projeto de Lei nº 7867/17 cite enfoque do texto legal na humanização, não se localiza ao longo do dispositivo nenhuma medida para garantir a mesma.

Todavia, este projeto é o mais amplo na tipificação de práticas de violência obstétrica, abordando minuciosamente variados tipos de violação e garantindo assim que mais mulheres possam ser acolhidas pela lei caso entre em vigor.

Finalmente, o Projeto de Lei nº 8219/17 é o único que estabelece

penas especiais em casos de violência obstétrica, o que garante sanção penal aos profissionais de saúde. No entanto, o Projeto de Lei nº 8219/17 não discorre sobre formas de erradicação da violência obstétrica, tampouco medidas que conscientizem ou divulguem os direitos da mulher enquanto gestantes, parturientes ou puérperas.

Dessa forma, é cediço dizer que os projetos de lei em comento representam um grande avanço no reconhecimento e combate da violência obstétrica no Brasil, ressaltando-se as considerações feitas a respeito do corpo legal de cada um, todos podem ser considerados como um aparato legal revolucionário na legislação pátria e uma garantia ao direito das mulheres.

### **4.3. Movimentos de humanização do parto**

A humanização do parto pode ser considerada como um resgate contemporâneo ao processo de parturição mais naturalizado e com menos intervenções. As premissas da humanização do parto se baseiam no respeito à vida, ao corpo da mulher e ao nascimento como um evento fisiológico. Nessa vereda, humanizar é acreditar no parto como um processo natural que na maioria das vezes independe de intervenções, promover um ambiente acolhedor e de protagonismo da mulher, garantir a presença de um acompanhante e o acesso a informação para que a parturiente tenha ciência de todos os procedimentos e a partir disto autorize-os ou não (MP-PE, 2015).

Dentre as diversas definições acadêmicas utilizadas, destaca-se a que conceitua a humanização do parto

[...] como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos (*rights-based*), demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações (WHO, 1998, citado por DINIZ, 2005, p. 633).

Além da legitimidade política, a humanização do parto pode

garantir: a) legitimidade científica da medicina a partir de evidências e ensaios clínicos; b) legitimidade epidemiológica ou de saúde pública por produzir melhores resultados e menos agravos maternos e perinatais; c) legitimidade profissional, uma vez que provoca uma mudança estrutural na figura central do cirurgião obstetra para a figura da enfermeira obstetrix, por exemplo; d) legitimidade financeira, considerando uma economia na redução de intervenções e procedimentos custosos; e) a legitimidade da participação da parturiente no processo de parturição; e, por fim, f) legitimidade de alívio da dor através de procedimentos humanitários e irrestritos à rede pública e privada<sup>15</sup>.

No Brasil, o movimento de humanização se iniciou a partir dos relatos de violência obstétrica e dos altos índices de intervenções ou cesarianas realizadas sem indicação clínica. De acordo com a Carta de Campinas, ato de fundação da ReHuna - Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento de 1993:

Mudanças sociais profundas vêm fazendo com que as mulheres se distanciem de suas raízes e de seus corpos, se submetam à desapropriação de suas práticas e saberes milenares. Se alijando progressivamente de seu papel de sujeito no momento do nascimento. A esta situação se aliam tabus, a repressão da sexualidade e a opressão, subordinação e manipulação das mulheres em nossa sociedade. No modelo social e econômico, em que tempo é dinheiro, o parto vem sendo crescentemente realizado como se fosse linha de montagem, concentrando-se nas vésperas de feriados fins de semana, violentando o tempo e o ritmo natural da mãe e filho. (ReHuna, 1993)

A ReHuna, formada principalmente por enfermeiras e médicos da obstetrícia ou de saúde pública que trabalhando em serviços públicos ou em ONGs representou um movimento de dissidência que havia se iniciado em 1970 a partir do trabalho de profissionais inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios. Além disso, a luta pela humanização do parto no Brasil possui uma forte participação do movimento feminista e demais coletivos de mães que, aliados aos profissionais de saúde - principalmente relacionados ao SUS -, promoveram uma série de encontros locais que permitiram a formação de

---

<sup>15</sup> DINIZ, 2005, p. 635.

uma rede que questionasse o modelo de parto contemporâneo (DINIZ, 2005, p. 631).

A partir disto, algumas outras medidas e ações para promover a humanização do parto passaram a ser realizadas. Nos anos 2000, o Ministério da Saúde promoveu o Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) sob o fundamento de que a humanização é primordial para o acompanhamento do parto e do puerpério e com diversas recomendações para a assistência à gestantes e parturientes.

Além disso, o referido programa preconiza aos profissionais de saúde evitar medidas e procedimentos 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, p. 5).

Nesse diapasão, os movimentos pela humanização do parto representam um resgate da centralização da mulher no processo de parturição, valorizando sua autonomia e sua capacidade de conduzir o parto como um evento natural e fisiológico. Por conseguinte, os profissionais de saúde envolvidos no trabalho de parto desempenham papéis auxiliares de acolhimento e amparo ao invés de o conduzirem o parto através de quaisquer procedimentos ou intervenções.

Com isso, a humanização do parto valoriza métodos mais seguros e efetivos em detrimento de práticas abusivas ou procedimentos rotineiros, mas sem respaldo científico. Dessa forma, ocorre uma substituição das formas de violência derivadas do modelo de assistência hospitalar, por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários e profissionais de saúde para cultivar um atendimento mais humanitário e respeitoso (DESLANDES, 2004, citado por GRIBOSKI, GUILHEM, 2006, p. 112).

Muito embora o ideário social não associe a assistência humanizada ao parto a um modelo mais seguro se comparado a assistência ao parto convencional, o primeiro modelo fundamenta-se na segurança e na eficácia dos procedimentos a partir da Medicina Baseada em Evidências - MBE (DINIZ, 2005, p. 630). Sobre este ponto,

A prática da Medicina Baseada em Evidências busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações. Saúde Baseada em Evidências é a arte de avaliar e reduzir a incerteza na tomada de decisão em Saúde. (CENTRO COCHRANE DO BRASIL, 1996)

Nessa toada, a humanização do parto não consiste em um movimento amador, tampouco desprovido de embasamento científico. Na assistência humanizada ao parto o conhecimento encontra-se baseado em evidências e utiliza provas científicas existentes para garantir às mulheres boas práticas obstétricas livres de abusos e intervenções desnecessárias e prejudiciais para mãe e bebê.

Nessa toada, a assistência humanizada é uma fonte questionadora das contradições existentes entre as evidências de efetividade e segurança, bem como ao poder econômico e corporativo na definição de políticas de saúde, constituindo uma defesa dos direitos dos pacientes (COCHRANE, 1973, citado por DINIZ, 2005, p. 630) e, no caso em tela, das mulheres.

Atualmente, a humanização do parto representa uma profunda modificação no modelo de assistência convencional prestado nos hospitais e maternidades e seus preceitos ainda encontram resistência por parte dos profissionais de saúde, principalmente pelo desconhecimento de outro modelo operacional que não seja o engendrado nas universidades e escolas de obstetrícia. Para GRIBOSKI, GUILHEM (2006, p. 113),

[...] um fator decisivo para efetivar a mudança está vinculado à melhoria de recursos humanos e físicos, a uma remuneração adequada, assim como à sensibilização e ao treinamento em serviço, especialmente antes, durante e depois da implantação do programa. Um grande desafio está direcionado às políticas públicas, no sentido de contribuir para a efetivação da premissa da equidade – política, jurídica, social e econômica – e para a desconstrução do modelo de medicalização do corpo feminino e, conseqüentemente, do parto.

Muito embora a humanização no Brasil não esteja garantida por lei especial, como é o caso da Argentina, os pressupostos de um parto humanizado coadunam com o princípio da dignidade humana que norteia a Constituição Federal de 1988 e os demais textos legais. Nesta senda, a

humanização assegura o direito à integridade corporal, à condição de pessoa humana, o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante e o direito à equidade. (DINIZ, 2005, p. 634).

Por fim, urge ressaltar que o movimento de humanização do parto atualmente é um movimento político que possui uma extensa rede de apoio através de organizações como a ReHuna - Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento, que organiza eventos e congressos a respeito do tema (RATTNER et al., 2010), e o principal foco é a conscientização das mulheres acerca de seus direitos e corpos para combater práticas criminosas e violadoras.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica representa apenas uma das diversas formas de violência sofridas pela mulher e também é um resultado de todas elas. As violências física, psicológica ou sexual existem muito antes de serem perpetradas nas salas de parto e alojamentos hospitalares e durante o parto são apenas reproduzidas em um contexto de vulnerabilidade da mulher. Nessa toada, o tema do presente trabalho teve como enfoque retratar o agravamento de todas essas violações em um momento que, de acordo com o ideário social, deveria representar felicidade e renovação.

A partir disto, o presente trabalho se comprometeu a dissecar as formas de violência obstétrica e demonstrar como os direitos da mulher são irrestritamente violados a partir de práticas perpetuadas em academias, hospitais e maternidades por protocolos institucionais. Nessa toada, a violência institucional também foi uma abordagem recorrente para demonstrar como a violência obstétrica se fortalece em estabelecimentos de saúde, onde a mercantilização dos serviços de saúde determina políticas internas que afetam a vida de milhares de pessoas dependentes de amparo.

De outra banda, a abordagem histórica se fez necessária para compreensão de como o processo de parto sofreu alterações ao longo dos séculos. As alterações, que envolveram a mudança do ambiente domiciliar, da figura da parteira, da introdução de medicalização, cirurgião-obstetra, dentre outros, ocorreram por motivos além do bem-estar da mulher. Conforme mencionado ao longo do trabalho, a utilização da cesárea como método de redução da mortalidade materna foi imprescindível para resolução de casos onde havia risco materno fetal. No entanto, a partir de certo ponto, as mudanças ocorridas durante o processo de parto visavam atender interesses alheios ao da parturiente. O modelo de parto como “linha de produção” nas maternidades contemporâneas para limpar plantões e realizar o máximo de nascimentos num único dia corrobora esta afirmação.

Ainda neste ponto, a realidade dolorosa das intervenções e

procedimentos realizados na assistência convencional ao parto normal fortalecem a busca por cesáreas eletivas e o distanciamento do reconhecimento do parto enquanto um evento fisiológico para o qual o corpo da mulher foi biologicamente preparado. É evidente que a opção pela via de parto é um direito da mulher e deve ser amplamente apoiado. No entanto, conforme demonstrado no presente trabalho, muitas vezes a escolha de uma via de parto cirúrgica ocorre a) pelo medo da dor do parto e de intervenções abusivas, b) pela falta de informação acerca do parto normal, c) por indicações clínicas desatualizadas ou d) conveniência do médico ou hospital. Nesta senda, a violência obstétrica funciona como uma perniciosa engrenagem onde o temor de suas práticas gera outros tipos de violações, como a dissuasão da mulher a optar por qualquer outro método que lhe garanta um fio de dignidade.

Muito abordados ao longo do trabalho, os profissionais de saúde são os principais sujeitos na ocorrência da violência obstétrica. No entanto, o que se observa a partir dos relatos coletados principalmente pelo dossiê “Parirás com dor” elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), é que as formas de agressão verbal, por exemplo, são muito engendradas e praticamente repetitivas em diversos casos. Por vezes, um mesmo tipo de piada vexatória, por exemplo, aparece em dois relatos ou mais, em hospitais diferentes. O que se conclui a partir disto é que a violência obstétrica se inicia na vida do profissional de saúde ainda em sua formação, onde o ensino acadêmico se encontra eivado de vícios e práticas ultrapassadas.

Não é incomum que estudantes de medicina em estágios supervisionados em hospitais ou maternidades escola realizem grande parte dos serviços de acompanhamento a gestantes e parturientes, por exemplo. Nesse cenário, é comum que se reproduzam conceitos, práticas e costumes institucionais que acabam se perpetuando entre as gerações<sup>16</sup>.

Insta salientar ainda que a maioria dos cursos de medicina, por exemplo, ainda conta com o ensino de práticas difundidas há décadas,

---

<sup>16</sup> Parto do Princípio, 2012, p. 94.

como a episiotomia, por exemplo. Nessa toada, não há uma reciclagem do conhecimento nem o aprofundamento em massa de técnicas menos intervencionistas e mais humanitárias. Nesses casos, a empatia fica exclusivamente a cargo da formação pessoal do profissional de saúde.

No entanto, não há como pensar em uma mudança na conduta dos profissionais de saúde relacionado estritamente ao meio acadêmico sem pensar em uma mudança político social em contexto maior. Ou seja, a reprodução de atos machistas e misóginos por parte dos profissionais de saúde advém de uma sociedade que perpetua esses discursos e pensamentos, sendo seu resultado a violência contra a mulher.

Nesse contexto, faz-se necessária a implantação de políticas públicas e medidas que combatam a violência contra a mulher a partir da conscientização das mulheres a respeito de seus direitos e meios de denúncia. Como mencionado no trabalho, alguns países estudados como Venezuela e Argentina possuem um denso texto legal de proteção a mulher e que preveem a criação de medidas por parte do Estado para conscientizar e assistir juridicamente a mulher em casos de violência obstétrica. No Brasil, devido à ausência de legislação específica e políticas estatais que promovam o acesso à informação sobre o tema, a conscientização dos direitos da mulher na gestação, parto e puerpério ficam majoritariamente a cargo de organizações não governamentais e ativistas dos direitos femininos.

Algumas das organizações mencionadas no trabalho são responsáveis pelos principais materiais de pesquisa e informação acerca da violência obstétrica, como a Rede Parto do Princípio, ReHuna, Fundação Perseu Abramo e Instituto Patrícia Galvão. Nessa toada, os meios de informação mais atualizados sobre a violência obstétrica provem de cartilhas, dossiês, e postagens virtuais em blogs, sites e redes sociais. No que tange políticas do governo, o Ministério da Saúde foi o órgão mais consultado para realização do presente trabalho, a partir de documentos sobre a humanização do parto<sup>17</sup> e assistência ao parto, aborto e puerpério<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Programa Humanização do Parto <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

<sup>18</sup> Parto Aborto e Puerpério [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)

Diante da ausência de leis que coíbam a violência obstétrica no Brasil, a prática por si só não possui tipificação legal ou sanção penal específica. Nessa toada, os meios de denúncia da prática consistem em denúncias administrativas à Secretaria de Saúde local, por exemplo, ou denúncia ao Ministério Público que foi destacado ao longo do trabalho por duas ações em estados diferentes diante da denúncia de violência obstétrica.

Quanto aos demais mecanismos de reparação pelos danos causados pela violência obstétrica, é possível conceber que a violência obstétrica vem sendo reconhecida nos principais tribunais do país e a responsabilização civil e penal imputadas aos profissionais de saúde e hospitais demandados. Nesse ínterim, o ajuizamento de ações para reparação também são uma forma de coibir a violência obstétrica, apesar de contar exclusivamente com o interesse de agir da mulher, que por muitas vezes se encontra debilitada ou com traumas do ocorrido.

Dessa maneira, destaca-se ao longo do trabalho a necessidade da promulgação de um dispositivo atinente à violência obstétrica para que haja tipificações e sanções penais específicas com a atribuição de órgãos do Estado para controlar seus índices. Além disso, uma lei específica sobre a violência obstétrica auxiliaria a adequação às taxas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, como as de cesárea<sup>19</sup>, que há muito ultrapassaram os limites toleráveis.

Atualmente existem 3 (três) projetos de lei que tramitam na Câmara dos Deputados acerca da violência obstétrica<sup>20</sup>. Conforme exaurido no trabalho, todos possuem definições semelhantes acerca da violência obstétrica, variando conforme a quantidade de condutas vedadas aos profissionais de saúde. No entanto, os 3 (três) projetos possuem diferenças entre si e apresentam vantagens e desvantagens se comparados.

O primeiro, Projeto de Lei nº 7633/2014 possui um extenso texto legal que conta com capítulo especial acerca da humanização do parto, diferente dos outros dois, bem como disposições acerca dos direitos do

---

<sup>19</sup> Parto do Princípio, 2012, p. 8.

<sup>20</sup> PL nº 7633/2014, PL nº 7867/2017, PL nº 8219/2017.

recém-nascido e previsões de obrigações atribuídas aos Estados para estabelecer órgãos específicos de controle da violência obstétrica. Nesse ponto, o projeto é de excelente conceituação, mas apresenta lacunas com relação à aplicabilidade, visto que determina de forma generalizada a responsabilização civil, penal e administrativo dos profissionais e estabelecimentos de saúde que praticarem atos de violência obstétrica. Destarte, embora seja estimável a pretensão legal do texto, nota-se a ausência de sanções penais mais específicas.

Sobre este ponto, o Projeto de Lei nº 8219/2017 caminha em sentido inverso: apesar de contar com penas específicas para a prática de violência obstétrica e, em especial, a realização da episiotomia em situações desnecessárias, não aborda com afinco temas como a humanização do parto, nem medidas para erradicação de práticas violadoras. No que tange o Projeto de Lei nº 7867/2017, há presença dos vícios dos outros dois projetos – a ausência de sanções penais mais específicas e abordagem da assistência humanizada do parto –, sendo elogiável o extenso rol de práticas vedadas pelo dispositivo.

Insta salientar que os dois últimos projetos de lei comentados são recentes, considerando a data de apresentação do presente trabalho, e do mesmo ano, o que demonstra que a violência obstétrica vem sendo reconhecida como uma forma de apropriação dos direitos fundamentais, sexuais e reprodutivos da mulher que viola sua dignidade e autonomia.

A conquista de espaços de debate sobre a violência obstétrica, seu combate e erradicação representam mais um capítulo da luta das mulheres pelo direito aos seus corpos e todos os derivados. A partir dos movimentos de humanização que simbolizam a resistência ao modelo de assistência ao parto convencional e intervencionista, o mito “parirás com dor”, de cunho machista e misógino, que trata a parturição como um momento exclusivamente de expiação vem sendo confrontado sob a ótica de um pensamento mais humanitário.

Conclui-se dessa forma se faz necessária a implementação de políticas públicas de qualidade que a) informem as mulheres a respeito de seus direitos fundamentais, sexuais e reprodutivos, b) promovam meios de denúncia eficazes e acessíveis, c) humanizem o atendimento às

mulheres gestantes, parturientes, puérperas e em situação de abortamento, a partir da criação de programas que conscientizem profissionais de saúde em universidades e residências, d) criem órgãos responsáveis pelo controle da violência obstétrica, sua erradicação e adequação a taxas preconizadas pelo Ministério da Saúde e a OMS, por exemplo.

Todas essas medidas, em conjunto com um dispositivo legal denso e incisivo em sua aplicabilidade, serviriam para diminuir os índices de violência obstétrica e proteger o direito das mulheres, assegurando um atendimento livre de violações e uma vida livre de traumas para mãe e bebê. Finalmente, o que se pretende a partir do presente trabalho é demonstrar que a violência obstétrica é um obstáculo para a igualdade, emancipação e autonomia feminina, e sua erradicação se faz necessária para o fortalecimento da mulher enquanto a única detentora de seu corpo e vontades.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMIGAS DO PARTO. Carta de Campinas – Ato de Fundação pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuna. 2001. Disponível em <<http://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>>. Acesso em 15 jun. 2018.

AMORIM, M. C. Experiências de parto e violações aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

ARGENTINA. Lei n. 25.929. Lei de Parto Humanizado, de 17 de setembro de 2004. Disponível em <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>> Acesso em 15 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei 26.485. *Ley de protección integral a las mujeres*, de 1º de abril de 2009. Disponível em: <[http://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf)> Acesso em 15 jun. 2018.

BARRETO, Ana Cristina. Carta de 1988 é um marco contra discriminação. Pub. em 10 nov. 2010. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2010-nov-05/constituicao-1988-marco-discriminacao-familia-contemporanea>> Acesso em 13 jun. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Tradução Humberto Laport de Mello. 3. reimpr. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

BELLOZO, Edson. REZENDE, Maria José de. A participação das mulheres nos movimentos sociais brasileiros nas décadas de 1970 e 1980: a luta pela redemocratização. Londrina: UEL, 2000.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 38/2008. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0038\\_04\\_06\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0038_04_06_2008.html)> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 7633/2014. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=EBAEFDDFEC29A97E3EA070199A8DEBC8.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=EBAEFDDFEC29A97E3EA070199A8DEBC8.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014)> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 7633/2014. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017)> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 7633/2014. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017)> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. Parto do Princípio - Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica. "Parirás Com Dor". Brasil, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VM%20367.pdf>> . Acesso em: 03 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei do SUS. Brasília, DF. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei 11.108, de 7 de setembro de 2005. Lei do Acompanhante. Brasília, DF. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei 11.340/2007, de 7 de agosto de 2006. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11340.htm)> Acesso em 15 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei 11.634/2007, de 27 de dezembro de 2007. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)> Acesso em 15 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério Público de Pernambuco. Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Pernambuco, Ministério Público, 2015. Disponível em

<http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf> Acesso em 13 jun. 2018.

BRIQUET, Raul; GUARIENTO, Antonio. *Obstetrícia normal*. 1 ed. São Paulo: Ed. Manole. 2011.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL. Centro Cochrane Do Brasil. 1996. Disponível em: <<http://brazil.cochrane.org/medicina-baseada-em-evid%C3%AAsncias>>. Acesso em 18 jun. 2018.

CLÈVE, Clèmerson Merlin; RECK, Melina Breckenfeld. *Ações afirmativas e a efetivação do princípio constitucional da igualdade*. Disponível em: <<http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/677/600>> Acesso em 18 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <[http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo\\_etica.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf)> Acesso em 18 jun. 2018.

D'ANGELO, Helô. A primeira cesárea da história. Superinteressante. Publicado em 29 mar 2017. Disponível em <https://super.abril.com.br/historia/a-primeira-cesarea-da-historia/>. Acesso em 13/06/2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em 13 jun. 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saúde Reprod.*, v.1, n.1, 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo)> Acesso em 13 jun. 2018.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 jun. 2018.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 177-181, Mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000100026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100026&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 June 2018.

FOUCAULT, MICHEL. *Microfísica do Poder. O nascimento do hospital*. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

GODOY, Arnaldo. *As Ordenações Filipinas e mais um exemplo de violência contra as mulheres*. Consultor Jurídico. 2017. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-mar-12/embargos-culturais-ordenacoes-filipinas-violencia-mulheres>>. Acesso em 15 jun. 2018.

GIFFIN, Karen Mary. 1991. *Cad. Saúde Pública* vol.7 no.2, Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a01.pdf>> Acesso em 05 jun. 2018.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. *Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades*. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 jun. 2018.

GONÇALVES, Kalu. *Por que não fazer exame de toque. Olhar Mamífero*. 2014. Disponível em <<http://vilamamifera.com/olharmamifero/por-que-nao-fazer-exame-de-toque/>>. Acesso em 05 jun 2018.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. 2006. *Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento*. *Texto & Contexto Enfermagem*. 15 (1): 107-114, 2006. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/714/71415113/>>. Acesso em 13 jun. 2018.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KONDO, Cristiane; WERNER, Lara. *Violência obstétrica e sua configuração no Brasil*. 2013. Disponível em <[https://www.social.org.br/relatorio\\_RH\\_2013.pdf](https://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf)>. Acesso em 05 jun. 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. *Ampliando o debate*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S43-S47, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf> Acesso em 12 jun. 2018.

MACIEL, Eliane C. B. de Almeida. *A Igualdade entre os Sexos na Constituição de 1988*. Pub. em maio de 2007. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/159/10.pdf?sequenc e=>>> Acesso em 16/06/2018.

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. *Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das*

mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, Aug. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002802771&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802771&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 jun. 2018.

MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MATOS, G.C. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: Uma Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem, UFPE on line.*, Recife, 7(esp):870-8, mar., 2013. Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article). Acesso: 13 jun. 2018.

MELO, V. H. (1983). *Evolução histórica da obstetrícia: A marginalidade social das parteiras e da mulher*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Assistência ao Parto Normal; um guia prático*. Disponível em: <<http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/>> Acesso em 18 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponível em : <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>> Acesso em 18 jun. 2018.

ODENT, Michel. *O renascimento do parto*. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, Eliza Resende. *Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino*. Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília. Ed. 9. 2012.

PACIORNIK, Moysés. *Aprenda a viver com os índios: o parto de cócoras, desempenho sexual, ginástica índia, comer e descomer*. Rio de Janeiro: Ed. Espaço e Tempo. 1987.

PIOVESAN, Flávia. A luta das mulheres pelo direito a uma vida sem violência. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, v.18, n.426. 2014.

\_\_\_\_\_. Os direitos civis e políticos das mulheres no Brasil. *Justitia*, São Paulo, v.65, n.198, p. 133-147, jan./jun.2008.

REZENDE, Joffre Marcondes. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. A primeira operação cesariana em parturiente viva*. 1 ed. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. *Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico*. São

Paulo. *Femina*. Vol. 38 nº 10. 2010.

SPINK, Mary. Jane. P. *Psicologia Social e Saúde: saberes e sentidos*. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

STORTI, J. de P. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

THEOPHILO et al., Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Cien Saude Colet*. 2017. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vulnerabilidade-de-mulheres-negras-na-atencao-prenatal-e-parto-no-sus-analise-da-pesquisa-da-ouvidoria-ativa/16143>>. Acesso em 05 jun. 2018.

VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibelle de Mesquita. 2016. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*. Disponível em <[indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/download/1048/1043](http://indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/download/1048/1043)> Acesso em 05 jun. 2018.

VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho d e las mujeres a una vida Libre de violència. Disponível em <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>> Acesso em 15 de jun. 2018.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos De and HABIGZANG, Luísa Fernanda. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2018.