



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DESSO

LAIS TAINÁ TRINDADE OLIVEIRA

**VENTRES SEM LEIS: OS RUMOS DO PARTO HUMANIZADO NO BRASIL E O  
COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

NATAL/RN  
2019

LAIS TAINÁ TRINDADE OLIVEIRA

**VENTRES SEM LEIS: OS RUMOS DO PARTO HUMANIZADO NO BRASIL E O  
COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Monografia apresentada como parte dos requisitos exigidos para fins de obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ilidiana Diniz

NATAL/RN  
2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências Sociais Aplicadas - CCSA

Oliveira, Lais Tainá Trindade.

Ventres sem leis: os rumos do parto humanizado no Brasil e o combate à violência obstétrica / Lais Tainá Trindade Oliveira. - 2019.

74f.: il.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ilidiana Diniz.

1. Serviço Social - Monografia. 2. Violência contra a mulher - Monografia. 3. Violência obstétrica - Monografia. 4. Parto humanizado - Monografia. 5. Direito a reprodução - Monografia. I. Diniz, Maria Ilidiana. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/CCSA

CDU 364.632-055.2

Elaborado por Shirley de Carvalho Guedes - CRB-15/404

LAIS TAINÁ TRINDADE OLIVEIRA

**VENTRES SEM LEIS: OS RUMOS DO PARTO HUMANIZADO NO BRASIL E O  
COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Monografia apresentada como parte dos requisitos exigidos para fins de obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e avaliada pela seguinte Banca Examinadora:

Data da Defesa: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria Ilidiana Diniz  
Orientadora – Departamento de Serviço Social – UFRN

---

Profa. Dra. Miriam Inácio de Oliveira  
Departamento de Serviço Social – UFRN

---

Prof. Esp. Fernando Gomes Teixeira  
Departamento de Serviço Social – UFRN

NATAL/RN  
2019

*Dedico este trabalho à todas as mulheres que  
tiveram os seus protagonismos arrancados no  
momento em que mais precisaram de voz.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar o suporte emocional e espiritual, que me manteve firme nos dias difíceis dessa longa caminhada e por ter colocado as pessoas certas no meu caminho.

Ao meu esposo e amigo, Gefson, meu companheiro de todas as horas. Obrigada por todo o amor dedicado a mim e a nossa família, obrigada por todo o cuidado, por ser fortaleza, por me incentivar a evoluir e, principalmente, por acreditar em mim quando eu mesma duvidei. A você todo o meu amor e gratidão.

Ao meu filho, Heitor Gabriel, razão do meu viver. Obrigada por compreender com tanta sabedoria, mesmo sendo tão pequeno, que a mamãe precisava sair para estudar e por me receber todas as vezes com tanta alegria em seu abraço, quando eu retornava. Obrigada por ser meu maior incentivador e por torcer tanto pela mamãe. Você é luz, meu amor!

Aos meus amados avós, Rosemeire e Américo, que ao longo de toda a minha vida, tiveram um papel tão importante, do cuidado, da responsabilidade, do afeto. Que, sem dúvidas, são responsáveis por grande parcela da pessoa que eu me tornei, que sempre me incentivaram a trilhar o caminho dos estudos e da independência. Essa realização é nossa!

À minha mãe e amiga querida, Jadna, que sempre esteve ao meu lado, me aconselhando e me alegrando, nos bons momentos e também nos difíceis. Que esteve presente nas conquistas e nas decepções, nos risos e nas lágrimas. A vida não teria graça sem você!

Aos meus sogros, Silvana e Geraldo, que me acolheram no seio de sua família e me auxiliaram todos os anos de curso no cuidado com meu filho. Vocês, sem dúvidas, foram e são muito importantes nas nossas vidas.

A todos os familiares e amigos próximos que estiveram comigo, me incentivando e me apoiando dia a dia nessa jornada acadêmica.

Aos amigos que fiz durante o estágio no Centro Avançado de saúde Escolar – CASE, que muito me ensinaram sobre o trabalho em equipe e a ética profissional. Os dias foram mais fáceis com o carinho de vocês.

Aos mestres, em especial ao meu querido orientador acadêmico e amigo, Jodeylson, que aguentou todas as minhas crises existenciais durante o estágio, que esteve ao meu lado nos percalços, que foi calma quando eu fui tempestade, que me ensinou o significado da palavra humanescência e a sempre trilhar o caminho da ética. A você, minha admiração.

Aos amigos e futuros colegas de profissão, por tornarem os dias mais leves e felizes, por compartilharem comigo das angústias e das alegrias. Enfim, conseguimos!

À minha querida orientadora, Ilidiana Diniz, por ter me auxiliado na construção deste trabalho, que muito me orgulha, durante longos meses, com comprometimento e competência. Obrigada pela paciência e pelas palavras de incentivo. Essa conquista é nossa!

À banca pela disponibilidade e contribuição para este estudo e por tornar essa etapa um momento tão lindo e emocionante. Meu muito obrigada.

Por último, mas não menos importante, “*quero agradecer a mim mesmo, por acreditar em mim, quero agradecer a mim, por fazer todo esse trabalho duro. Quero agradecer a mim, por nunca desistir[...]*”. (Snoop Dogg, 2019)

*A primeira condição para modificar a realidade consiste em conhecê-la.*

Eduardo Galeano.



## Resumo

O presente estudo aborda aspectos da violência obstétrica a partir de uma perspectiva histórica e cultural que envolve a mulher e a parturição, desde os primórdios até os dias atuais, tendo como eixos de análises a apropriação dos corpos das mulheres oriunda das relações desiguais de gênero fundado no sistema patriarcal/capitalista e racista, os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos na vida das mulheres e a violência obstétrica como negação de tais direitos. Aborda aspectos da institucionalização do parto e o modelo obstétrico contemporâneo, apontando os instrumentos legais de proteção à mulher em países da América Latina como Argentina, Venezuela e particularizando o Brasil, traçando os rumos para a humanização do parto e para o enfrentamento de tal violência. Teve como objetivo geral, analisar os aspectos teóricos, políticos e jurídicos em torno das violências obstétricas, apreender como se materializa as possíveis violações dos direitos básicos da mulher parturiente, investigar os principais marcos legais em torno da violência obstétrica, a partir de leis, projetos de leis e resoluções, além de identificar as principais elaborações teóricas que versam sobre essa problemática, com intuito de dar visibilidade a discussão, informar as mulheres sobre os seus direitos e buscar possíveis formas de enfrentamento. O interesse pela temática se deu através da experiência obstétrica da autora, vitimizada por tal violência. Nesse sentido, buscando uma abordagem que possibilitasse ver além do objeto imediato e considerando todas as questões que o cercam em sua totalidade, o caminho teórico-metodológico, escolhido para apreender o objeto foi à análise qualitativa, baseada no método crítico dialético, que se deu por meio da pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa possibilitou compreender a temática estudada como sendo uma violência naturalizada e pouco conhecida pelas mulheres e sociedade em geral, necessitando, dessa forma, avançar no sentido legal e informativo.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica. Direitos sexuais e reprodutivos. Parto humanizado.

## **Abstract**

The present study addresses aspects of obstetric violence from a historical and cultural perspective that involves women and parturition, from the beginning to the present, with the analysis of the appropriation of the bodies of women from unequal relationships of a gender origin in the patriarchal / capitalist and racist system, sexual and reproductive rights as human rights in the lives of women, and obstetric violence as a denial of such rights. It addresses aspects of the institutionalization of childbirth and the contemporary obstetric model, pointing out the legal instruments for the protection of women in Latin American countries such as Argentina, Venezuela and particularizing Brazil, outlining the paths for the humanization of childbirth and coping with such violence. The objective of this study was to analyze the theoretical, political and legal aspects of obstetric violence, to understand how the possible violations of the basic rights of women in maternity materialize, to investigate the main legal frameworks on obstetric violence, based on laws, projects laws and resolutions, as well as identifying the main theoretical elaborations that deal with this problem, in order to give visibility to the discussion, inform women about their rights and seek possible ways of coping. The interest in the subject was through the obstetric experience of the author, victimized by such violence. In this sense, searching for an approach that allows to see beyond the immediate object and considering all the questions that surround it in its totality, the theoretical-methodological path, chosen to apprehend the object was to the qualitative analysis, based on the critical dialectical method through bibliographic and documentary research. The research made it possible to understand the subject studied as being a naturalized violence and little known to women and society in general, thus needing to move forward in a legal and informative way.

**Key words:** Obstetric violence. Sexual and reproductive rights. Humanized delivery.

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCSA	Centro de Ciências Sociais Aplicadas
CF	Constituição Federal
CMICBPO	Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas
CNU	Carta das Nações Unidas
CRE	Conselhos Regionais de Enfermagem – CRE
CRM	Conselhos Regionais de Medicina
DEM	Democratas
DESSO	Departamento de Serviço Social
DPN	Defensor del Pueblo de la Nación
INADI	Instituto Nacional contra a Discriminação, Xenofobia e Racismo
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal
PL	Projeto de Lei
PNH	Política Nacional de Humanização
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
REVEHUNA	Rede Venezuelana de Humanização do Nascimento
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRN	Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte
UNICEF	United Nations Children's Fund
VO	Violência Obstétrica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>2</b>	<b>RELAÇÕES PATRIARCAIS DE GÊNERO COMO FUNDAMENTO PARA DESVELAR AS DESIGUALDADES ENTRE HOMENS E MULHERES</b> .....	08
2.1	Direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos na vida das mulheres .....	14
2.2	História da institucionalização do parto: a passagem da mulher de sujeito a objeto.....	21
<b>3</b>	<b>ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIAIS E POLÍTICOS DA REPRODUÇÃO E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VIDA DAS MULHERES</b> .....	26
3.1	A violência obstétrica como uma das expressões da violência contra a mulher .....	26
3.2	O modelo obstétrico contemporâneo: cenários e perspectivas.....	31
<b>4</b>	<b>O TRATAMENTO JURÍDICO, POLÍTICO E LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ARGENTINA, NA VENEZUELA E NO BRASIL</b> .....	37
4.1	As Leis venezuelanas e argentinas para punir e erradicar a violência obstétrica.....	37
4.2	Os marcos legais no Brasil contra a violência obstétrica.....	44
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	55
	<b>REFERENCIAS</b> .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

Marcada por relatos de severas ocorrências de mulheres que passaram por um tratamento desumanizado durante o parto, a violência obstétrica está se desenhando como mais um obstáculo à efetiva concretização dos preceitos constitucionais que enaltecem a dignidade da pessoa humana, podendo entendê-la, portanto, como uma violação dos direitos básicos das mulheres. Apesar de, por muito tempo, estar se apoiando na ideia de naturalização do sofrimento no parto, esse tipo de violência está sendo lentamente introduzido nos debates sobre direitos da mulher.

O despertar para a temática, surgiu em 2017, quando tomei conhecimento da aprovação de uma lei do Estado de Santa Catarina/ SC, que caracterizava e coibia a Violência obstétrica. A partir desse momento, percebi que eu mesma havia sido vitimizada por tal violência, mesmo não tendo consciência dela no momento. Após essa tomada de consciência, observei que muitas mulheres também acreditam que o tratamento que recebem no pré-natal, parto e puerpério, são corretos e naturais. Dito isto, gostaria de compartilhar aqui a minha experiência no parto.

*Em 10 de Junho do ano de 2013, fui encaminhada do interior onde resido, para uma maternidade pública, referência na cidade de Natal/RN. Após muitas burocracias e tentativas de negar o atendimento, por ter vindo de outra cidade, fui internada por volta das 9h da manhã. Ao chegar na sala de pré-parto, fiz alguns exames e fui bem recebida pelos profissionais que estavam atendendo naquele turno. Me conduziram em uma cadeira de rodas para a “sala de parto humanizado”, onde seria o começo de uma história dolorosa. Lá verificaram as minhas condições de saúde, as do bebê, realizaram um toque, viram a dilatação, que estava em torno de 6 centímetros, e decidiram que o meu filho nasceria de um parto normal. A enfermeira que me atendeu, me mostrou um quadro, que ilustrava várias posições diferentes para parir e me disse que eu poderia ficar à vontade quanto a isso, que eu decidiria livremente.*

*Na sala, estavam alguns estagiários de enfermagem, que me auxiliaram com massagens nas costas. Até então, tudo corria bem, apesar das fortes contrações. Com algum tempo, a médica, que parecia ser residente, realizou outro toque doloroso, em seguida, chamou o médico responsável pelo plantão, que realizou mais um. A dor, ao receber os toques, ultrapassava muito a sensação de desconforto. Lembro-me que uma enfermeira, chegou orgulhosa por ser conhecida por realizar toques indolores e ficou visivelmente chateada, quando eu reclamei das dores.*

*Em um dos toques realizados por ela, ela inseriu um instrumento pontiagudo que estourou a bolsa do bebê. Depois disso, as contrações aumentaram e os toque para verificar a*

*dilatação, continuavam acontecendo. Os funcionários pareciam impacientes, então, não satisfeitos, introduziram um “soro pra dar contrações”. As dores se tornaram absurdas! Eu não gritava, não gemia, não chorava, não reclamava, por medo de ser maltratada pela equipe médica.*

*Durante o processo de trabalho de parto, eu sentia muita fome e sede. Eu estava sem comer há muitas horas, então eu pedia comida, dizia que não conseguia ficar muito tempo sem me alimentar, devido à pressão baixa. Já me sentia fraca. Após muito insistir, a enfermeira me trouxe um copo com um pouco de suco, alegando que eu não poderia comer nem ingerir líquidos. O suco pouco adiantou e, apesar das dores absurdas, provocadas pelo soro, a sede era algo que me incomodava. Uma das estagiárias de enfermagem, sensibilizada com a minha situação, trouxe-me, quase que como se estivesse cometendo um crime, alguns copos de água durante o trabalho de parto, que foram de muita ajuda.*

*Após muitos toques e intervenções realizadas para acelerar o parto, foi chegada a hora. A médica em conjunto com o médico responsável, prontamente mandaram que eu deitasse na maca e que abrisse bem as pernas, apoiando-as em um suporte, projetado para isso. Aquela posição causava muitas dores nas costas, eu me contorcía, reclamava, apertava fortemente a mão da minha mãe, que me acompanhava, mas não adiantou, a postura dos médicos foi totalmente contraditória ao discurso que escutei ao chegar na sala. Apesar de ter tido a bolsa estourada, a interferência da medicação do soro e de estar com a dilatação completa, o parto demorava a evoluir. Os olhares preocupados, me fazia acreditar que algo não estava certo. Recebia toques e mais toques, de um e de outro.*

*A sala foi se preenchendo de estudantes ávidos para ver o desenrolar da situação, me fazendo sentir uma espécie de atração da maternidade. Era muito desconfortável e constrangedor. Após fazer muitas forças, o bebê nasceu, foi colocado abruptamente em cima de mim, o cordão umbilical foi imediatamente cortado. Não demorou muito para que o levassem para realizar a pesagem e os procedimentos padrões. Neste mesmo tempo, o médico saiu e a médica tracionava fortemente a placenta para que ela fosse retirada rapidamente. Depois de retirá-la, ela me deu uma anestesia no períneo e começou a pontear. Avisei que ainda estava sentindo tudo, mas não adiantou. Ela continuou e eu senti cada ponto penetrar a minha pele. Achei estranho ser ponteadada, porque não tinha recebido nenhum corte, afinal, estava em uma “sala de parto humanizado”, que recriminava a episiotomia. Mas o sangramento não cessava, mesmo após os pontos.*

*O médico responsável mais uma vez foi chamado e constatou que se tratava de uma hemorragia, causada por graves lacerações no útero e que os pontos externos nada iriam*

*adiantar, parecendo desaprovar o procedimento realizado pela médica. Recebi então, uma injeção anti-hemorrágica, fui transferida para outra maca e conduzida para o centro cirúrgico, onde recebi uma anestesia raquidiana na coluna, a fim de realizar uma cirurgia. No procedimento, o médico cirurgião desfez os pontos, antes realizado na sala de parto e ponteou o útero, por um longo período, para parar o sangramento, ponteando, novamente, o períneo, ao final.*

*O meu parto não foi natural ou humanizado. Ele foi medicamentado e envolto por diversas práticas que deixaram marcas profundas, para além das marcas no corpo. A recuperação foi difícil e dolorosa. Passei dias sem conseguir sentar normalmente e sentindo uma grande tristeza, uma enorme sensação de vazio, como se algo tivesse sido arrancado de mim. “Era o meu protagonismo”.*

A minha vivência, certamente reforçou o interessasse em escrever sobre a Violência Obstétrica. Por sentir, na pele, a realidade que permeia as experiências de milhares de parturientes, acredito ser essencial falar sobre a violência no parto, a fim de desnaturalizar as práticas e condutas que ferem os direitos humanos fundamentais das mulheres no momento que se encontram expostas e vulneráveis às agressões e intervenções desnecessárias.

Na condição de acadêmica do curso de Serviço Social e, principalmente, na qualidade de vítima, entendo que este estudo possa vir a contribuir para dar visibilidade a temática e para elucidar aspectos acerca dos direitos das mulheres no parto, uma vez que a grande maioria os desconhecem, como também desconhecem essa violência e acreditam que as interferências do saber médico em seus corpos são fundamentais e benéficas para as suas saúdes e de seus filhos.

Ademais, percebendo que o espaço acadêmico é um lugar propício para a reflexão e problematização desse tipo de fenômeno, que carece de pesquisas e aprofundamentos teóricos e político, sobretudo no curso de Serviço social, por ser uma profissão comprometida com a defesa dos direitos, e por também está inserida na área da saúde, onde ocorre tal realidade.

Em vista disso, este estudo teve como objetivo geral, analisar os aspectos teóricos, políticos e jurídicos em torno das violências obstétricas e como objetivos específicos, apreender como se materializa as possíveis violações dos direitos básicos da mulher parturiente, investigar os principais Marcos Legais em torno da violência obstétrica, a partir de Leis, resoluções e identificar as principais elaborações teóricas que versam sobre essa problemática da violência obstétrica, com intuito de dar visibilidade a discussão, informar as mulheres sobre os seus direitos, e buscar possíveis formas de enfrentamento.

Para essa pesquisa foi escolhida uma proposta metodológica qualitativa, com base no método crítico-dialético, a fim de proporcionar a análise da temática, uma abordagem que

possibilitasse ver além o objeto imediato, considerando todas as questões que o cercam em sua totalidade, sendo sua natureza classificada como de caráter descritiva e analítica, visto que pretende descrever e analisar as diversas determinações e fatores em torno do fenômeno da “violência obstétrica”.

Importa ressaltar que as pesquisas relacionadas à área das Ciências Sociais tendem a ter como objetivo a possibilidade de contribuição e desenvolvimento do ser humano, visando elaborar ideias, propor reflexões e realizar críticas que possam construir e aperfeiçoar a sociabilidade.

Dessa forma, compreende-se que este modo de se fazer ciência está associado diretamente com a aproximação do pesquisador com o objeto de pesquisa, mostrando determinada afinidade ou vivência do que foi escolhido. Tal objeto não pode ser considerado como “concreto”, visto que as ciências sociais trabalham em uma perspectiva fortemente subjetiva, enquanto os pesquisadores das ciências naturais enxergam seus objetos sob uma ótica mais empírica.

Isso é confirmado por Minayo (2009), a qual aponta que a história se constitui como eixo central das Ciências Sociais, condicionando esse objeto a ter uma característica peculiar: ele não existe desconexo, mas é dotado de consciência histórica. Posto isso, a autora reafirma o que se colocou anteriormente: sempre haverá uma identidade entre o sujeito e o objeto.

Prates e Prates (2005) nos apontam que ao passo que estabelecemos relações, temas a serem discutidos e investigados, as escolhas e perspectivas que serão adotadas, enfim, óticas que serão abordadas na pesquisa, irá ser estabelecida, conseqüentemente, a realidade a ser observada e as posições frente a ela, visto que essa ocasião expressa o método a ser adotado. Para além disso, configura-se como uma “posição ético-política, que sem dúvida, contém o primeiro em embrião, o que deverá constituir-se como desdobramento, complicação das antíteses, durante nossas investigações, processos de ensino, gestão e outras formas de trabalho humano” (PRATES E PRATES, 2005, p. 113).

É interessante evidenciar também que assim como as ciências sociais, a pesquisa social não pode ser considerada neutra. Isso ocorre, pois, a relação entre pesquisador e objeto está estabelecida e ela será responsável por tornar a função do objeto clara, revelando suas contribuições e relações com outros períodos históricos (MINAYO, 2009).

Ainda de acordo com Minayo (2009), pode-se afirmar que a pesquisa social possui em sua essência o caráter qualitativo, visto que irá analisar algo que pode ou não ser quantificado. Para isso, ela se respaldará em dados qualitativos, não excluindo a utilização de dados quantitativos com o objetivo de complementar e dar solidez à discussão. Esses aspectos se



tornam fundamentais ao passo que se tornam responsáveis por criar um conjunto de fatores, áreas de debates e conseguir fazer uma relação coerente com a realidade social.

O método utilizado para análise deste trabalho é o método crítico-dialético, o qual se fundamenta na teoria crítica de Marx. Essa corrente filosófica é a responsável por considerar dimensões quantitativas e qualitativas, as contradições, os valores, a subjetividade e “exterioridade” dos fenômenos. Assim, já é possível compreender que os problemas existentes na sociedade não contam apenas com ações de natureza teórica/filosófica, mas estão vinculadas e arranjadas em um projeto ideopolítico. Além disso, trabalha com o exame racional, considerando os sujeitos como conscientes de seus fundamentos, condicionamentos e limites (NETTO, 2011).

Tendo em vista os fatores considerados acima, podemos compreender com base em Prates (2007) que as análises ou resultados obtidos em qualquer pesquisa que tenha o método crítico-dialético como categoria de análise serão pautados em valores, critérios e parâmetros que serão orientados por um modo de se ler a realidade. Assim, ao passo que isso ocorre, é possível ou não contemplar o movimento, as contradições e mediações presentes nas relações que permeiam o objeto.

Em vista disso, na intenção de atingir os objetivos propostos nesse trabalho, optou-se por realizar a pesquisa de cunho bibliográfico e documental.

Com base em Gil (2002) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida baseada em material já produzido, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Esse tipo de pesquisa nos permite analisar o contexto histórico para além do que a problemática nos apresenta. “A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p.45).

No que se refere a pesquisa documental, apesar de assemelhar-se com a pesquisa bibliográfica, difere no sentido de que os dados apresentados não fornecem nenhum tipo de análise, cabendo, portanto, ao pesquisador realizá-la. Dessa forma, ao mesmo tempo que a pesquisa bibliográfica faz uso “fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 45), o que ainda segundo o referido autor, pode ser uma vantagem, uma vez que tais documentos constituem uma fonte rica e estável dos dados, sobretudo para pesquisas que abordam uma perspectiva histórica.

Diante disso, este estudo bibliográfico e documental, tem como embasamento teórico a utilização de artigos acadêmicos, dissertações, teses e obras literárias que perpassam áreas do conhecimento contempladas neste trabalho para que haja o aprofundamento e discussão da temática, fazendo uso também de leis internacionais e nacionais, políticas, programas, portarias, projetos, despachos, entre outros.

Para subsidiar as categorias de análises deste trabalho, utilizamos especialmente: **Guillaumin (2014)** para abordar as relações patriarcais de gênero; **A Plataforma de ação e a Declaração de Beijing (1995)** para abordar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; **Odent (2002)** e **Parto do Princípio (2012)** para abordar os aspectos históricos e conceituais em torno da Violência Obstétrica.

Os principais documentos utilizados para análise foram: as leis argentinas, de **nº 25.929/2004** e **nº 26.485/2009**, a lei venezuelana sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, as leis brasileiras de **nº 11.340/2006** e **nº 17.097/2017**, os projetos de leis de **nº 7633/2014**, **nº 82219/ 2017** e **nº 7867/2017**, o **Despacho** do Ministério da saúde e a **Recomendação nº 29/2019**.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em 5 partes: introdução; relações patriarcais de gênero como fundamento para compreender as desigualdades entre homens e mulheres; aspectos sociais e políticos do parto e da violência obstétrica na vida das mulheres; e o tratamento jurídico/legal da violência obstétrica na América Latina e no Brasil; e considerações finais.

O primeiro capítulo, trata-se desta introdução, na qual foi apresentado os aspectos gerais do trabalho, como objeto e objetivos da pesquisa, a justificativa acerca do interesse na temática e a trajetória teórico-metodológica escolhida para o desenvolvimento da pesquisa.

O segundo capítulo traz uma análise introdutória, partindo do conceito de patriarcado para compreender as relações desiguais de gênero em que as mulheres se encontram na sociedade e como elas refletem em suas vidas e em seus corpos. Para isso se divide em dois subitens: *um breve histórico dos direitos sexuais e reprodutivos na vida das mulheres*, que aborda a partir da conferência de Beijing, os direitos e políticas voltadas para as mulheres, até os dias atuais; e *a história da institucionalização do parto: a passagem da mulher de sujeito a objeto*, que ilustra como se formou o modelo obstétrico que conhecemos hoje.

O terceiro capítulo aborda em dois subitens aspectos centrais sobre a violência no parto. *A violência obstétrica como uma das expressões da violência contra a mulher*, detalha o que é a violência obstétrica e como ela aparece no cotidiano hospitalar, trazendo relatos sobre a temática. Aborda *o modelo obstétrico contemporâneo: cenários e perspectivas*, além de ilustrar

a realidade de muitos hospitais e maternidades no contexto atual, mostrando alternativas que estão sendo desenvolvidas para humanização do parto.

O quarto capítulo, traz uma análise da violência obstétrica na América Latina e no Brasil, em seus subitens nos debruçamos sobre *as Leis venezuelanas e argentinas para punir e erradicar a violência obstétrica*, apresenta ainda os mecanismos de proteção desenvolvidos pelos referidos países na proteção da mulher contra a violência obstétrica, que são referência e exemplo para vários países e *os marcos legais no Brasil contra as violências obstétricas*, que analisa projetos de leis, leis estaduais e orientações que envolvem a temática no país.

Nas considerações finais faremos um apanhado geral sobre o que foi discutido ao longo do trabalho, abordando alguns aspectos centrais da discussão, evidenciando o âmbito acadêmico e as mídias sociais como principais fontes de conteúdo sobre a violência obstétrica, ressaltando a necessidade do Serviço social aprofundar os estudos sobre esse debate, enquanto profissão que prima pela liberdade e igualdade de direitos, bem como da necessidade de avançar nas legislações brasileiras que versam sobre a problemática, evidenciando, ao fim, a informação como principal forma de conscientização e enfrentamento da violência obstétrica.

## 2 RELAÇÕES PATRIARCAIS DE GÊNERO COMO FUNDAMENTO PARA DESVELAR AS DESIGUALDADES ENTRE HOMENS E MULHERES

*Sempre nos ensinaram que a direitos correspondem deveres, o que não nos explicaram foi que ao direito de uns corresponde o dever de outros. (GUILLAUMIN, 2014, p.38)*

Para que possamos dar início aos aspectos que perpassam a violência obstétrica, foco central desse trabalho, se faz necessário abarcar algumas questões do patriarcado no contexto das relações sociais entre homens e mulheres, uma vez que se trata de um fenômeno histórico, fruto das relações desiguais de gênero, classe, sexualidade e raça. Esse conceito é estruturante na compreensão da violência contra a mulher, do controle do corpo e da sexualidade feminina, dentre outras formas de dominação e exploração que iremos discutir ao longo desse trabalho

Por se constituir como fenômeno histórico-social, o patriarcado vem ao longo do tempo passando por constantes transformações. Originalmente, a palavra “patriarcado” foi utilizada para se referir ao poder do pai (o patriarca) sobre os membros da família. Adquirindo, somente mais tarde, no século XX, um caráter social, utilizado para designar a dominação dos homens sobre as mulheres, independentemente do laço familiar.

Por considerar a palavra “patriarcado” limitada para descrever tal dominação, algumas sociólogas feministas criaram termos como “relações sociais de sexo”, “sistema de gênero”, “relações sociais de gênero”, como alternativas para descrever um regime que não se restringe a atitudes individuais, mas que se estende a vida social como um todo.

Esse regime, fortemente arraigado, reveste-se de um caráter “natural” da apropriação da “classe das mulheres pela classe dos homens”<sup>1</sup>, com base em um ponto central: a exploração da força de trabalho das mulheres. Segundo Guillaumin (2014), a força de trabalho é, nessa perspectiva, “a única coisa que o operário tem para vender, a sua capacidade de trabalhar”, o que não se aplica para o operário mulher nos dias atuais ou para a classe das mulheres de forma geral, uma vez que a classe das mulheres sofre uma apropriação não só da sua força de trabalho, mas, sobretudo, sofre uma relação de apropriação física direta. Em outras palavras, trata-se do apoderamento da própria pessoa detentora da força de trabalho.

[...] é a apropriação física em si, a relação na qual é a unidade material produtora de força de trabalho que é tomada em mãos, e não apenas a força de trabalho. Denominadas “escravidão” e “servidão” na economia fundiária, este tipo de relação poderia ser designado “sexagem” no que diz respeito à economia doméstica moderna, quando concerne às relações de classes de sexo (GUILLAUMIN, 2014, p.34).

---

<sup>1</sup> Essa abordagem de classe de homens e classe de mulheres é desenvolvida pela Collete Guillaumin.

A apropriação nas relações de “sexagem” tem expressões particulares, que para Guillaumin (2014) se divide em quatro pontos: a apropriação do tempo; a apropriação dos produtos do corpo; a obrigação sexual; e o encargo físico dos membros inválidos do grupo, bem como dos membros válidos do sexo macho.

Segundo a referida autora, a apropriação do tempo é baseada originalmente no “contrato” de casamento. Ocorre que, ao contrário dos demais contratos de trabalho assalariado, que definem obrigações, tempo de serviço, remuneração, férias e demais direitos, o contrato de casamento nada prevê a esposa, a não ser, a responsabilidade dos cuidados do lar e da família.

Em concordância, Pateman (1993), citada por Saffioti (2011), aponta que as relações patriarcais de gênero que asseguram a dominação das mulheres pelos homens, se constituem com base no que ela denomina de pacto original, que consiste basicamente na dominação social e sexual do corpo das mulheres.

Nesse contexto, o contrato de casamento funciona como mecanismo de dominação da mulher, tanto no ambiente conjugal, na esfera do lar, quanto no espaço público, na esfera política. Essa condição abrange a “classe” mulher em sua totalidade, não em virtude de um contrato direto de apropriação, como no caso da esposa, mas em função da apropriação geral da “classe mulher pela classe homem”.

Tal apropriação também ocorre sobre os “produtos” do corpo. Nessa relação os corpos das esposas estão à mercê das vontades do marido, cabendo-lhes a função principal de gerar a quantidade de filhos por ele desejada, mesmo não tendo isso acordado no contrato de casamento. Não muito distante, os filhos (produto das mulheres) eram pertencentes exclusivamente aos pais, que detinham o poder legal sobre eles e a esposa. À mulher, cabia apenas o dever do cuidado.

O controle do corpo das mulheres, aparece de forma ainda mais incisiva, em casos de uma gestação indesejada. O aborto, ainda clandestino, é um mecanismo recorrentemente utilizado pela mulher, cujo o homem não quer o filho. Além dos filhos, a apropriação ainda aparece em outros aspectos do corpo feminino, como o leite materno e o tipo de cabelo, por exemplo.

As obrigações sexuais, requisito fundamental, também estão garantidas através do contrato.

O pacto original é tanto um contrato sexual quanto social: é social no sentido de patriarcal – isto é, o contrato cria o direito político dos homens sobre as mulheres –, e também sexual no sentido do estabelecimento de um acesso sistemático dos homens ao corpo das mulheres. O contrato original cria o que chamarei, seguindo Adrienne Rich, de ‘lei do direito sexual masculino’. O contrato está longe de se contrapor ao

patriarcado: ele é o meio pelo qual se constitui o patriarcado moderno (PATEMAN, 1993, *apud* SAFIOTTI, 2011, p. 54).

Para elucidar os aspectos da apropriação sexual do corpo das mulheres ou uso físico sexual, como prefere chamar, Guillaumin (2014), faz uma análise a partir de dois eixos principais: a exploração não monetizada, através do contrato de casamento e a segunda monetizada, através da prostituição. Aparentemente elas são opostas, mas parece que, ao contrário, uma confirma a outra para exprimir a apropriação da classe das mulheres. A oposição aparente refere-se à intervenção ou à não-intervenção de um pagamento, isto é, de uma estimulação do uso físico.

A prostituição caracteriza-se pela prática remunerada do sexo, que corresponde a um tempo determinado. Trata-se do uso físico comprado e unicamente sexual, ou seja, a venda limita o uso físico a utilização sexual. Por outro lado, o casamento, amplia o uso físico a todas as formas possíveis de utilização, não se restringindo apenas à relação sexual. É o que acontece com o encargo físico dos membros inválidos do grupo, bem como dos membros válidos do sexo macho. Nesse cenário, a mulher tem o seu uso físico destinado aos cuidados com o lar e com todos os membros da família, crianças, idosos, enfermos e, sobretudo, com o marido. (Guillaumin, 2014).

Corroborando com essa perspectiva, Camurça e Gouveia (2004, p.26) acrescentam que:

Na maioria das sociedades, as atividades de cuidar das crianças e das pessoas mais velhas, preparar comida, cuidar da casa, das roupas, dar educação, é sempre um trabalho feito pelas mulheres. Ou seja, o trabalho doméstico é sempre responsabilidade de nós mulheres.

Mesmo, atualmente, com a inserção das mulheres na esfera pública, as “profissões do cuidado” são quase que exclusivamente exercidas por mulheres. E se compararmos o número de horas assalariadas e não assalariadas destinadas a tais tarefas, estas são, na esmagadora maioria dos casos, efetuadas fora do âmbito profissional.

No entanto, há quem afirme que nem sempre foi assim. Historicamente, houve momentos em que o trabalho era organizado de maneira diferente da que conhecemos nos dias atuais, é o que Beauvoir (1970) chama de divisão primitiva do trabalho. Para a autora, nessa divisão há, de certa forma, igualdade entre os sexos, apesar de homens e mulheres se constituírem em classes distintas. Assim, “enquanto o homem caça e pesca, a mulher permanece no lar. As tarefas domésticas comportam um trabalho produtivo: fabricação dos vasilhames,

tecelagem e jardinagem, e com isso ela desempenha um papel importante na vida econômica”. (BEAUVOIR, 1970, p. 74).

Diante disso, observa-se que, por mais que as mulheres fossem as encarregadas de administrar o ambiente familiar, também estavam inseridas ativamente no ambiente produtivo e econômico. Esse cenário só começou a mudar com a descoberta dos metais preciosos, quando se fez necessário trabalho manual intensivo para a exploração. “O homem recorre, então, ao serviço de outros homens que se reduzem a escravidão. A propriedade privada aparece: senhor dos escravos e da terra, o homem se torna também proprietário da mulher. Nisso consiste ‘a grande derrota do sexo feminino’”. (BEAUVOIR, 1970, p. 74).

Nesse contexto, o trabalho doméstico que antes era valorizado e trazia, de certa forma, status para a mulher, agora, passa a ser irrelevante quando comparado ao do homem, passando a ser um trabalho que não produz valor de troca e, por isso, considerado um serviço desvalorizado e não remunerado.

Nesse novo modelo, o homem aparece em uma posição superior a mulher, “o direito paterno substitui-se então ao direito materno e a transmissão da propriedade faz-se de pai para filho e não mais da mulher a seu clã. É o aparecimento da família patriarcal baseada na propriedade privada” (BEAUVOIR, 1970, p. 75).

Nessa dicotomia entre a esfera pública e a esfera privada, se formou a divisão sexual do trabalho, onde *homens são os provedores, enquanto as mulheres são cuidadoras*. Assim, durante um período considerável de tempo, as atribuições sociais, ao mesmo tempo que limitavam as mulheres a permanecerem no espaço privado, delegavam aos homens, o espaço público.

Importa ressaltar que o regime patriarcal se sustenta, na sociedade capitalista, a partir em uma economia domesticamente organizada, sendo um modo de assegurar aos homens os meios necessários à produção diária. “Ele se estabelece como um pacto masculino para garantir a opressão de mulheres, as quais tornam-se seus objetos de satisfação sexual e reprodutoras de seus herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras (SAFFIOTI, 2004, apud, CUNHA, 2014, p. 06). Para Sousa e Guedes (2016, p. 125), a divisão do trabalho proveniente das “relações sociais de sexo”,

Reservou às mulheres a esfera reprodutiva e aos homens, a esfera produtiva, estabelecendo uma relação assimétrica entre os sexos que cria e reproduz concomitantemente as desigualdades de papéis e funções na sociedade. As relações sociais entre os sexos se apresentam desiguais, hierarquizadas, marcadas pela exploração e opressão de um sexo em contraponto à supremacia do outro.

Histórica e culturalmente, especialmente dentro da sociedade capitalista, as mulheres sempre ocuparam a esfera reprodutiva na sociedade, sob o discurso, vivo até hoje, de naturalidade feminina para o cuidado. As mulheres ficaram encarregadas de garantir a reprodução da vida, no sentido de viabilizar os meios de sobrevivência da família, sobretudo do marido, que ficou encarregado por atuar no ambiente de produção material. A forma como essa divisão se estabeleceu entre os sexos reservou as mulheres uma função “invisível” e desvalorizada, enquanto reservou aos homens uma tarefa considerada de prestígio e status na sociedade.

Esse encargo social do cuidado ao feminino, “primeiramente, limitou a vida das mulheres ao espaço privado, e posteriormente, com as transformações socioeconômicas e a busca de independência feminina, marcou desvantagens em relação aos homens na atuação econômica e social” (SOUSA e GUEDES, 2016, p. 125).

Ainda segundo as referidas autoras, com as transformações no cenário social e econômico, com as revoluções culturais e a força do movimento feminista, novas configurações sociais foram surgindo, e junto a elas, outras implicações. As mulheres conseguiram seu espaço no mundo do trabalho, inserindo-se na esfera pública. Entretanto, se antes as mulheres eram responsáveis pelo lar e bem-estar da família, na esfera privada, agora ela ficou incumbida de uma dupla ou tripla jornada de trabalho, uma vez que o movimento inverso não ocorreu, quase não havendo a inserção masculina no trabalho da esfera privada.

O relaxamento das fronteiras entre o mundo produtivo (homens) e reprodutivo (mulheres) tem contribuído com a possibilidade de as mulheres participarem do mundo produtivo, mas não reveste o afastamento dos homens do mundo doméstico. Acontece que, através desse fenômeno, o adensamento das mulheres nas fronteiras públicas não é acompanhado de uma revisão dos limites das responsabilidades privadas femininas. Isso significa que a esfera de reprodução da família como educação e demais cuidados continua, em grande medida, a cargo das mulheres (SOUZA; GUEDES, 2016, p.123).

Camurça (2007 p. 06) aponta que “esta ordem social, no mundo do trabalho, coloca sobre as mulheres a responsabilização exclusiva pelo trabalho doméstico, acarretando a dupla jornada de trabalho, para umas, e levando ao confinamento no ambiente do grupo doméstico, outras tantas”.

Como podemos observar, a opressão social vivenciada pelas mulheres, vem se perpetuando ao longo da história e suas transformações sociais. Se nos primórdios do patriarcado as mulheres estavam sujeitas a dominação paterna, hoje, além de continuarem sob



o julgo da dominação masculina, se encontram sujeitas aos diversos tipos de exploração que perpassam o sistema capitalista.

Camurça (2007) elenca quatro tipos de mecanismos que asseguram a dominação masculina sobre as mulheres na contemporaneidade: a prática da violência contra as mulheres para subjugar-las; o controle sobre o corpo, a sexualidade e a vida reprodutiva das mulheres; a manutenção das mulheres em situação de dependência econômica; e a manutenção, no âmbito do sistema político e práticas sociais, de interdições à participação política das mulheres.

O primeiro mecanismo é considerado um dos mais antigos e habituais instrumentos da dominação masculina sobre as mulheres, a violência. Essa problemática é uma realidade constante no cotidiano de milhares de mulheres que ousam desviar do padrão de comportamento feminino caracterizado pela construção de papéis sociais determinados as mulheres como ideal. Sendo, dessa forma uma prática recorrente, tanto nos espaços privados (violência doméstica e sexual) como nos espaços públicos.

A violência contra a mulher é um dos mecanismos sociais fundamentais pelos quais a mulher é forçada a uma posição de subordinação comparada com a do homem [...] A violência contra a mulher ao longo do seu ciclo vital deriva essencialmente de hábitos culturais, em particular dos efeitos prejudiciais de algumas práticas tradicionais ou consuetudinárias e de todos os atos de extremismo relacionados com raça, sexo, idioma ou religião, que perpetuam a condição de inferioridade conferida à mulher no seio da família, no local de trabalho, na comunidade e na sociedade (PLATAFORMA DE AÇÃO, 1995, p. 117-118)<sup>2</sup>.

O segundo mecanismo, não distante do anterior, é um instrumento de dominação e de controle sobre o corpo das mulheres, expresso, na negação da liberdade sexual, sobretudo, na limitação da autodeterminação reprodutiva, na criminalização do aborto e na expropriação mercantil do corpo e imagem das mulheres pela indústria da propaganda, da beleza, da moda e do sexo.

As imagens de violência contra a mulher que aparecem nos meios de comunicação, em particular as representações de estupro ou de escravidão sexual, assim como a utilização de mulheres e meninas como objetos sexuais, inclusive a pornografia, são fatores que contribuem para a prevalência contínua dessa violência, prejudicial à comunidade em geral e, em particular, às crianças e aos jovens. (PLATAFORMA DE AÇÃO, 1995, p. 118).

O terceiro mecanismo se sustenta na manutenção da dependência econômica das mulheres, na ordem social do mundo do trabalho, com base no sexismo no mercado de trabalho

---

<sup>2</sup> A Plataforma de Ação foi um documento oriundo da Conferência de Beijing em 1995, que serviu para consolidar avanços jurídicos no tocante aos direitos das mulheres, estabelecendo áreas prioritárias de ação.

e a imposição do trabalho doméstico, como tarefa privativa das mulheres, que “oferece as condições facilitadoras para a maior exploração da força de trabalho das mulheres, sendo funcional a esta exploração” (CAMURÇA, 2007, p. 06).

Por fim, a autora aponta para o problema da não participação das mulheres nos espaços de poder. Essa participação, bem como a sua organização ainda encontra limitações que não foram superadas, como é o caso da sub-representação das mulheres nos espaços de poder institucional, nas direções de movimentos sociais, e a baixa inserção das mulheres nos espaços políticos de decisão, o que contribui para “manter um mecanismo de submissão das mulheres, pois constituir-se como sujeito político é condição necessária para a mudança na vida das mulheres e para a luta feminista das mulheres por transformação social” (CAMURÇA, 2007, p. 06).

Mecanismos como esses, são importantes para compreender a forma como a dominação patriarcal encontra-se estruturada na sociedade capitalista, mormente como esse sistema afeta as mulheres em todos os setores da vida, seja no ambiente familiar, no ambiente de produção, e até mesmo no domínio dos seus próprios corpos.

No subitem a seguir abordaremos alguns aspectos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, uma vez que os compreendemos como direitos humanos, que por sua vez consistem em direitos fundamentais da pessoa humana. Esses direitos são considerados fundamentais, pois, sem eles, os sujeitos não são capazes de se desenvolver e de participar plenamente da vida. Logo, aquele/as que tem esses direitos violados ou que não os têm reconhecidos pela sociedade em que vive, não participa plenamente de sua própria vida.

## **2.1 Direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos na vida das mulheres**

*Para que as decisões reprodutivas sejam realmente “livres”, e não compelidas pelas circunstâncias ou por desespero, é necessário que existam certas condições que constituam a base dos direitos sexuais e reprodutivos (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 159).*

Faremos aqui uma breve contextualização histórica a partir da Conferência de Beijing, evento que ficou conhecido por reconhecer os anseios das mulheres de todas as partes do mundo, considerando a diversidade e suas condições de vida e que marcou o processo de consolidação dos direitos das mulheres no plano internacional.

A IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Beijing, na China, de 4 a 15 de setembro de 1995, reafirmou o compromisso com os direitos humanos das mulheres, iniciado na década de 1970 e introduziu o conceito de gênero nas discussões, como sendo uma

questão fundamental para reestruturar a relação entre homens e mulheres na sociedade, dando seguimento à agenda global para o progresso e fortalecimento da condição feminina no mundo.

De acordo com Guarnieri (2010), o evento contou com a participação de aproximadamente cinquenta mil participantes, de 189 países, sendo mais de dois terços mulheres, o que o tornou o maior fórum de discussões já realizado pela ONU sobre qualquer tema na história.

Como resultado das discussões e com base no que foi firmado em conferências anteriores, elaborou-se um documento – a Declaração e a Plataforma de Ação – adotado por todos os países participantes, que serviu para consolidar avanços jurídicos no tocante aos direitos das mulheres, estabelecendo áreas prioritárias de ação.

A Plataforma de Ação, produto da Conferência de Beijing, além de trazer um panorama da situação da mulher no mundo, estabelece medidas a serem tomadas internacionalmente, com o intuito de promover a capacitação das mulheres, a superação das desigualdades de gênero, acelerar a aplicação das estratégias para o avanço da mulher e a eliminação de todos os obstáculos que dificultam a participação ativa da mulher em todas as esferas da vida pública e privada, mediante uma participação plena e em igualdade de condições no processo de tomada de decisões econômicas, sociais, culturais e políticas.

Foram estabelecidas, no capítulo III, 12 áreas críticas de preocupação na Plataforma de Ação (1995), a serem trabalhadas pelos governos e sociedade civil, em prol de possibilitar avanços para as mulheres: os impactos da pobreza sobre a mulher; as desigualdades no acesso à educação e na formação profissional; as inadequações dos serviços de saúde; todas as formas de violência contra a mulher; as consequências para as mulheres que vivem em áreas de conflitos armados ou outros tipos de conflitos; a desigualdade nas estruturas e políticas econômicas, produtivas e no acesso aos recursos; a desigualdade entre mulheres e homens no exercício do poder e na tomada de decisões em todos os níveis; a ausência de mecanismos para promover o avanço das mulheres; o desrespeito de todos os direitos humanos das mulheres e sua promoção e proteção insuficiente; as imagens estereotipadas das mulheres nos meios de comunicação e na mídia e desigualdade de seu acesso aos mesmos e participação neles; a desigualdades de gênero na gestão dos recursos naturais; e a discriminação contra a menina e violação de seus direitos.

A partir dessas áreas críticas, a Plataforma de Ação formulou os objetivos estratégicos e indicou ações concretas a serem tomadas no âmbito nacional e internacional, para cada área descrita, tendo como base o tripé da igualdade, desenvolvimento e paz.

No campo dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>3</sup>, a conferência contribuiu para consagrar internacionalmente os direitos sexuais da mulher, concedendo-lhe o “direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões, livres de coerção, discriminação e violência” (PLATAFORMA DE AÇÃO, 1995, parágrafo 96). É importante destacar que mesmo com resistências de países católicos e muçumanos, o evento representou um importante avanço para as mulheres e seus direitos.

No que se refere ao aborto, os progressos conquistados em Beijing foram consideráveis. Reconheceu-se, por exemplo, no parágrafo 97 da Plataforma de Ação, os riscos a que as mulheres estão sujeitas, pela inadequação ou mesmo ausência de serviços para atender as necessidades relacionadas à sexualidade e à reprodução e conseguiu-se reconhecer o aborto como um caso de saúde pública, a ser encarado pelos governos e organizações governamentais e não governamentais, tendo em vista que o aborto inseguro é uma prática que põe em risco a vida das mulheres.

O documento recomenda, ainda, que se reconheçam e se enfrentem as consequências dos abortos perigosos para a saúde, e que se considere “a possibilidade de rever as leis que preveem medidas punitivas contra as mulheres que se tenham submetido a abortos ilegais” (PLATAFORMA DE AÇÃO, 1995, parágrafo 106, k).

Outro ponto importante abordado na Plataforma de Ação foi a repulsa a qualquer tipo de violência contra as mulheres, permitindo-lhes exigir do Estado a proteção contra a violência doméstica, bem como, concedendo aos Estados a responsabilidade para coibir a violência de âmbito privado.

A Declaração de Beijing, por sua vez, teve o intuito de chamar a atenção dos governos no tocante à consolidação dos direitos das mulheres, por meio da promoção dos “objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres, em todos os lugares e no interesse de toda a humanidade” (DECLARAÇÃO DE BEIJING, 1995, artigo 3º), reconhecem como sua a função, a luta pela dignidade das mulheres, aplicando e acompanhando as determinações da Plataforma de Ação.

---

<sup>3</sup> Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências (PLATAFORMA DE BEIJING, 1995, par.96, p.179).

Por meio da referida Declaração, os países reafirmam o compromisso com a igualdade de direitos e com os demais propósitos e princípios já consagrados na Carta das Nações Unidas – CNU<sup>4</sup> e a da eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, comprometendo-se a garantir a aplicação dos direitos das mulheres e meninas “como parte integrante, inalienável e indivisível de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais” (DECLARAÇÃO DE BEIJING, 1995, artigo 9º), como também a fortalecer os progressos obtidos nas conferências anteriores.

Em resumo, com base em Guarnieri (2010), mesmo com restrições, os 189 países representados na Conferência de Beijing concordaram por unanimidade que os direitos das mulheres são parte integrante dos direitos humanos fundamentais, e que a igualdade de gênero é a base para o desenvolvimento e a justiça social.

Ainda assim, desde a Conferência de Beijing, a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos tem sido obstruída por diversos fatores, que incluem, especialmente, questões relativas as perspectivas religiosas contrárias a alguns direitos preconizados na referida Conferência, um sistema patriarcal que atravessa as instâncias políticas e judiciais, uma sociedade marcada pelo sexismo, machismo, misoginia que ainda resiste a reconhecer as mulheres como sujeito de direitos.

É possível perceber que ao longo dos anos houve avanços e retrocessos na luta pelos direitos das mulheres. A Conferência de Beijing, dentre outros aspectos, provocou, um embate que divide a opinião pública dos países, do movimento feminista e da sociedade civil. O tema está envolto em uma trama que perpassa sistemas de valores, incluindo religião, família, ideologias políticas, movimentos sociais, tradições, leis, cultura etc. Isso, porque o campo dos direitos sexuais e reprodutivos requer uma mudança que desafia as tradições e normas sociais.

As objeções aos direitos humanos das mulheres são recorrentemente apoiadas no discurso de defesa de valores culturais, religiosos éticos e familiares, no entanto, declarar “relativismo cultural ou religioso e étnico nas decisões sobre os corpos das mulheres, códigos de vestimenta e mobilidade, frequentemente significa que os direitos das mulheres são sacrificados perante a dominação masculina e controle patriarcal em nome da cultura” (WICHTERICH, 2015, p. 18). Em outras palavras, esses discursos contribuem para perpetuar

---

A Carta das Nações Unidas é o tratado que estabeleceu os propósitos dos povos, cujos governos se uniram para constituir as Nações Unidas. Ela foi assinada em São Francisco, em 26 de junho de 1945, após o término da Conferência das Nações Unidas sobre Organização Internacional, entrando em vigor em 24 de outubro daquele mesmo ano. A ONU – Organização das Nações Unidas, atua desde então como um mecanismo internacional que visa promover o progresso econômico e social e garantir paz e segurança de todos os povos. (ONU. A Carta das Nações Unidas). Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/carta/>>.

as desigualdades de gênero e legitimar a dominância masculina sobre as mulheres, em prol da defesa do tradicionalismo.

Isso mostra que o modelo dos direitos sexuais e reprodutivos, formulado para se opor as formas tradicionais e modernas de subordinação por instituições fundamentalmente patriarcais, como a família, a religião e o Estado, vem se tornando um desafio cada vez mais presente, que exige respostas efetivas dos governos contra a violência, opressão e discriminação e a favor dos direitos humanos das mulheres.

Para muitas meninas e mulheres, as mais severas violações de seus direitos humanos estão profundamente enraizadas no sistema familiar, regido por normas comunitárias de privilégio masculino frequentemente justificadas por doutrinas religiosas ou apelos a costumes e tradições. Essas injúrias camufladas são raramente percebidas nas políticas públicas e nos congressos internacionais porque ameaçam a crença coletiva na ‘santidade, harmonia e estabilidade’ da unidade familiar (DIXON-MUELLER, 1993, apud, CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 155, 156).

Com base em Ventura (2009), diante do cenário conservador em que se encontram as discussões sobre a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, é fundamental identificarmos princípios e dispositivos legais nacionais que possam dar consistência e aplicação adequada aos documentos internacionais dos direitos humanos sobre o tema, no contexto jurídico e social.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 é o principal marco institucional, político e jurídico, considerando que ela reformulou todo o sistema brasileiro e conferiu a adequação das normas legais aos parâmetros dos direitos humanos, o que a torna um dos instrumentos mais importantes no nosso sistema legal, e, em especial, na garantia e promoção dos direitos humanos e, conseqüentemente, dos direitos sexuais e reprodutivos.

A Constituição Federal reconhece o direito à liberdade e à igualdade entre homens e mulheres, bem como classifica como direitos sociais, o acesso universal e gratuito à saúde e assistência social, e à educação. Ela estabelece direitos e garantias relativos ao exercício dos direitos reprodutivos, que devem ser considerados nos campos do direito civil, penal, trabalhista e saúde, compondo um sistema especial de garantia e proteção. Reconhece como direito social: a proteção à maternidade; o salário família; a licença remunerada à gestante e a assistência às crianças de até seis anos em creches.

No âmbito da seguridade, garante: a maternidade como direito previdenciário; o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde, incluindo o acesso aos meios de informação sobre saúde sexual e reprodutiva; o direito de todos de constituírem livremente; a igualdade de direitos e deveres na sociedade conjugal e o direito de decidir livremente sobre o número e a

oportunidade de ter filhos. Garante, ainda, o direito ao planejamento familiar atribuindo deveres ao Estado relacionado ao livre exercício deste direito.

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (CF, 1988, art. 226, par. 7º).

A política do planejamento familiar, desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada, no âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e dos(as) adolescentes, é regularizada através da Lei nº 9.263/96 de 12 de Janeiro de 1996, que define o planejamento familiar como direito de todo cidadão, sendo parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

A cartilha “*Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*”, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2005, apresenta as propostas e diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, pondo em foco, principalmente, o planejamento familiar.

Entre as prioridades e ações propostas pelo Ministério da Saúde (2005), estão as seguintes: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no sus; elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas; capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar; seminário para pactuação da política nacional para atenção integral à saúde da mulher; atenção em reprodução humana assistida na rede sus; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no sus; ampliação do programa saúde e prevenção nas escolas; termo de cooperação com a secretaria especial de políticas para as mulheres; elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul; apoio e desenvolvimento de pesquisas; atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens; atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão; implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica; atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento; e o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.

Todos esses direitos e garantias fundamentais têm sido utilizados nas argumentações jurídicas em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente no tocante ao direito da mulher ao aborto. No entanto, como pudemos observar até aqui, a luta no campo ideológico

para romper com a moral conservadora, que reserva para as mulheres a submissão da sexualidade à reprodução, tem um significado político, social e cultural fortemente arraigado.

Na perspectiva feminista, essa moral conservadora é também entendida como determinante da heterossexualidade como modelo padrão natural a ser aceito socialmente e da repressão da sexualidade feminina ao longo da história.

A heterossexualidade como norma foi o esteio desse modelo de sexualidade baseado em sexo-procriação. Meios repressivos foram historicamente instaurados para mantê-lo como comportamento hegemônico. Isto é, a heterossexualidade como forma “natural” de relação foi garantida por meio da repressão sexual às outras formas de expressão sexual (ÁVILA, 2003, p. 466).

As normas a que as mulheres sempre estiveram sujeitas, inclusive, em relação ao uso de seus próprios corpos, e que reprimiram sua sexualidade, limitando-a a reprodução, foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são questões fundamentais da dominação patriarcal e de seus meios de manutenção.

A relação dos homens em respeito à sexualidade e à reprodução está pautada em um modelo padrão de relações sociais baseado na desigualdade de gênero. Esse modelo permite o afastamento dos homens dos cuidados paternos, da responsabilidade com a prevenção da gravidez indesejada e com as doenças sexualmente transmissíveis.

Nessa ótica, com base em Ávila (2003), mudar esse padrão significa buscar uma sociabilidade na qual o sentido da paternidade e da maternidade sejam totalmente reformulados, a fim de alcançar uma divisão sexual igualitária do trabalho no âmbito privado, em que os homens estejam presentes nas tarefas do cuidado com as crianças na vida cotidiana, assumindo a responsabilidade e a divisão de tarefas na contracepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e em todas as outras dimensões da vida reprodutiva.

Segundo a autora, não se trata, portanto, de garantir a inserção dos homens nos direitos reprodutivos. Ao contrário, para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam plenamente e igualmente garantidos, seria necessário a transformação da forma em que os homens estão inseridos da espera reprodutiva. A transformação cultural é, dessa forma, uma dimensão estratégica para produção de uma nova forma de relação entre os homens e as mulheres com base nos direitos reprodutivos.

Para que haja o exercício efetivo desses direitos, torna-se fundamental uma transformação da lógica na qual está baseada as leis que dizem respeito ao exercício da reprodução e das relações sexuais. Uma transformação que vai no sentido de deslocar o princípio do controle, para o princípio da liberdade.



As políticas públicas destinadas a esses direitos devem estar pautadas na justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em consideração as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual. “A transformação de mentalidade é um processo incontornável para vivência desses direitos. Chego mesmo a afirmar que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos trazem consigo a prerrogativa de a construção de um novo imaginário social sobre os temas dos quais eles tratam” (ÁVILA, 2003, p.468).

Por fim, não se pode deixar de salientar que o conservadorismo está presente em todos os âmbitos sociais e, isso inclui, os sistemas de saúde. É importante admitir a influência do poder e saber médicos nas definições tradicionais que serviram para reprimir e controlar as vivências sexuais e reprodutivas das mulheres ao longo do tempo e até os dias atuais. Falaremos mais sobre isso no próximo capítulo.

## **2.2 História da institucionalização do parto: a passagem da mulher de sujeito a objeto**

*A história da obstetrícia é fundamentalmente a história da exclusão gradativa das mães de seu papel central no processo de nascimento (ODENT, 2002).*

Por um longo período o parto foi um momento exclusivo para mulheres. Eram as mães, as comadres e as parteiras que ficavam responsáveis para auxiliar a mulher nesse momento, pois eram familiarizadas com as manobras para facilitar o nascer e dar conforto a parturiente. Em regra, o momento do parto não tinha qualquer participação masculina, mesmo porque o nascimento era considerado um momento desvalorizado e, portanto, relegado aos cuidados femininos.

*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, apud WOLFF; MOURA, 2004, p. 280).*

As parteiras acompanhavam as mulheres desde os dias que antecederiam os partos, até os dias posteriores, muitas vezes até que o cordão umbilical do bebê caísse. Elas auxiliavam nas tarefas domésticas, ajudavam com o cuidado dos outros filhos, rezavam e davam as devidas orientações. “Eram pessoas dedicadas, sábias, calmas, pois são conscientes da necessidade da

prudência e de observar a natureza e deixá-la acontecer por si só” (LARGURA, 1998, *apud*, PIMENTA, 2013, p. 501).

Foi no século XVII, com a criação do fórceps<sup>5</sup>, pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain<sup>6</sup>, e o desenvolvimento da técnica, que a profissão de parteira sofreu um significativo declínio, permitindo a entrada da figura do médico e a intervenção masculina no partear, substituindo, dessa forma, o parto natural, não-intervencionista, pelo parto institucionalizado.

Com o advento do capitalismo industrial, a arte de partear se consolidou como exercício exclusivo de médicos, sendo só então legitimada, reconhecida e institucionalizada. A partir desse momento, o que era antes “uma experiência profundamente subjetiva e de uma vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, transformou-se em experiências no âmbito hospitalar, em momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetrites<sup>7</sup>”. (OSAVA, 1997, *apud* WOLFF; MOURA, 2004, p.281).

A inserção dos médicos e de seus instrumentos, deslocou as parteiras para segundo plano e distanciou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcavam o parto. O nascimento deixou de ser um momento íntimo e propriamente feminino e passou a ser dirigido por outros sujeitos.

No entanto, a competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos. Por conseguinte, as parteiras, não tendo acesso à universidade, portanto, ao conhecimento, foram com o passar do tempo se tornando subordinadas aos médicos, se afastando pouco a pouco das práticas obstétricas. Dessa forma, “as práticas passaram a uma hierarquia de trabalho e, possivelmente, de gênero: aos médicos e homens, o poder para atuar e intervir; já às parteiras, e mulheres, a capacidade apenas de auxiliar e cuidar do menos complicado” (MORAIS, 2010, p. 36).

O avanço do capitalismo industrial acabou por culminar não só com o privilégio exclusivo dos médicos no exercício da obstetrícia como também a institucionalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento de novas técnicas. Na Alemanha, no início do século XX, por exemplo, se começou a trabalhar em uma droga que ficou conhecida como “sono do crepúsculo”, uma mistura de morfina<sup>8</sup> e escopolamina<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> O fórceps é um instrumento cirúrgico em formato de pinça, criado por Peter Chamberlain, para auxiliar o parto e facilitar a passagem da cabeça do bebê pelo canal da vaginal.

<sup>6</sup> Peter Chamberlain foi um notável médico inglês, defensor da saúde pública e criador do instrumento de fórceps.

<sup>7</sup> Obstetrites são parteiras profissionais, com graduação de 4 anos e meio, no curso de entrada direta em Obstetrícia.

<sup>8</sup> A morfina é um fármaco narcótico, de alto poder analgésico.

<sup>9</sup> A escopolamina é um fármaco anticolinérgico, extraído das plantas.

A técnica consistia em primeiro injetar morfina na mulher, no começo do trabalho de parto, e depois dar-lhe uma dose da droga amnésica, escopolamina, que fazia com que ela esquecesse o que estava se passando, pois tratava-se de uma droga amnésica. Durante a segunda etapa, o médico dava éter ou clorofórmio (ODENT, 2002, p. 46).

Esse método, atraiu inúmeras mulheres aos hospitais, sob a promessa de um parto sem dor. Com esse advento, os partos se tornaram mais impessoais e as mulheres mais controláveis, uma vez que os funcionários, acreditando que as mulheres não se lembrariam dos ocorridos, tinham uma tendência a ignorá-las.

Também foi em um período aproximado que surgiu um uma nova perspectiva sobre a parturição, a “obstetrícia profilática”. Criado pelo professor de obstetrícia, Joseph DeLee<sup>10</sup>, esse método vislumbrava o parto como sendo um processo patológico. Ele defendia o uso de fórceps e episiotomia<sup>11</sup> como protocolo padrão a ser seguido em todos os partos. Para ele, a paciente também deveria ser sedada quando o feto entrasse no canal vaginal e ser medicada com uma substância que contraísse o útero, para facilitar a retirada manual da placenta.

O parto tornou-se uma linha de montagem. O conceito de obstetrícia profilática, promovido por Joseph DeLee, associado à popularidade do “sono do crepúsculo”, explica porque o parto industrializado já havia se consolidado bem antes da Segunda Guerra Mundial, pelo menos nos EUA (ODENT, 2002, p.46).

Em meados do século XX, com os avanços tecnológicos, o parto industrializado, viveu um novo momento. Na década de 50, surgiu uma nova técnica de cesariana, que substituiu a clássica cesariana vertical. Em tempos passados, a cesariana era realizada com uma incisão vertical lateral, somente com a chegada dessa nova técnica, que a incisão passou a ser na região uterina horizontal, como conhecemos hoje. Segundo Odent (2002), essa nova técnica cirúrgica, juntamente ao aparecimento de métodos de anestesia pós-guerra, as transfusões sanguíneas e a disponibilidade de antibióticos, tornaram a cesariana numa operação mais segura e confiável.

Na década de 1970 o parto hospitalar já havia se tornado regra. Os médicos passaram a investir cada vez mais em equipamentos eletrônicos, a ocitocina sintética, hormônio utilizado para aumentar as contrações uterinas começou a ser utilizada e as mulheres passaram a ter seus partos controlados em ambientes eletrônicos.

---

<sup>10</sup> Joseph DeLee foi um médico americano que ficou conhecido como o pai da obstetrícia moderna.

<sup>11</sup> Episiotomia é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal vaginal e facilitar a saída do bebê no parto.

No final do século XX, no ápice da era eletrônica, o parto industrializado deu mais um passo para o seu desenvolvimento. Desenvolveu-se a anestesia peridural<sup>12</sup>, que apesar de já ser praticada desde os anos 80, só contou com um número suficiente de praticantes na década de 90, quando se conseguiu transformá-la em uma técnica mais rápida. Ela passou a ser uma técnica conveniente de controle que permite que o parto seja previamente agendado, até mesmo os partos normais passaram a ser cercados de protocolos e rotinas estabelecidas.

Ao chegar do século XXI, os grandes hospitais já contavam com uma assistência interina de médicos, anestesistas e pediatras. Aqui, o parto tornou-se não só institucionalizado, mas também se tornou padronizado.

a mulher recebe uma peridural e ocitocina intravenosa, enquanto o bebê é monitorado eletronicamente. Também é comum que uma sonda seja inserida para uretra para esvaziar a bexiga. Além disso, durante as últimas contrações, a utilização do fórceps é associada a uma episiotomia. No momento preciso em que o bebê nasce, administra-se uma droga rotineiramente para contrair o útero, permitindo a expulsão da placenta. (ODENT, 2002, p. 49).

Segundo Nagahama e Santiago (2005), o processo de hospitalização do parto foi fundamental para aprimorar o saber médico nessa área e para reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal. No entanto, ainda que se possam extrair benefícios desse processo, é de se reconhecer também que essa transição culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. Simbolicamente, o cerimonial da internação marcado pela separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, limpeza íntima, jejum dentre outros procedimentos tomou conta da individualidade, sexualidade e autonomia da mulher.

O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

Em resumo, pudemos observar que, ao longo dos séculos, houve uma transição, em que a mulher saiu do ambiente familiar, onde era a protagonista no seu parto, para se tornar objeto controlado por intervenções e padrões estabelecidos pelo saber médico e pela instituição hospitalar. Mas, se por um lado esse saber salvou muitas vidas, violou outras tantas. É em meio

---

<sup>12</sup> A anestesia peridural, popularizada em 1931 após a descrição do método de abordagem do espaço epidural por Dogliotti, difundiu-se como técnica anestésica e analgésica de escolha para diversos procedimentos. (FRANÇA, 2015)

a esse contexto que a violência obstétrica vem se perpetuando, através da hierarquização do saber médico sobre os corpos e sexualidades femininas, e sobretudo na ideia de naturalização do sofrimento do parto, impregnado social e culturalmente.

### 3 ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIAIS E POLÍTICOS DA REPRODUÇÃO E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VIDA DAS MULHERES

#### 3.1 A violência obstétrica como uma das expressões da violência contra as mulheres

*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 (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.83).*

Ao longo da história as mulheres têm sido vítimas de várias formas de violência e imposições. A violência obstétrica caracteriza-se, como um tipo específico de violência contra a mulher. Como foi exposto, anteriormente, ela aparece, muitas vezes, mascarada pelos procedimentos médicos e pela ideia de que é natural sofrer no parto, por isso, é socialmente aceita e dificilmente reconhecida pelas mulheres. Mesmo nos dias atuais ainda há uma escassez de discussões que tratem sobre essa temática tão importante, que permeia a realidade de inúmeras famílias em todo o mundo.

A violência obstétrica, apesar de naturalizada é uma violência gravíssima que assola milhares de mulheres que buscam os hospitais e maternidades para dar à luz a seus filhos. Mesmo sendo pouco conhecida, essa violência se caracteriza pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. De acordo com o dossiê “parirás com dor”, ela ocorre em cinco níveis: **a violência física; a violência sexual; a violência psicológica; a violência institucional; a violência material e a violência midiática.**

A violência de caráter físico são todas 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, p. 60). Os procedimentos mais comuns são: uso indiscriminado do hormônio ocitocina, utilizado para acelerar o processo de contrações; uso de fórceps, utilizado para forçar a saída do bebê; a realização da manobra de Kristeller<sup>13</sup>, que consiste em empurrar a barriga da mulher para “agilizar” a saída do bebê; privação de alimentos sólidos e líquidos, impedindo a mulher até mesmo de beber água; estourar a bolsa, para “estimular” o trabalho de parto; realização de episiotomia, procedimento

<sup>13</sup> Segundo (REIS, 2005, *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 105), trata-se de uma manobra em que o médico ou enfermeiro apoia-se sobre a mulher e com seus braços e cotovelos pressiona sua barriga para acelerar a saída do bebê.

em que a mulher tem a vagina cortada para “facilitar” a saída do bebê; realização de toques para medir a dilatação de maneira brusca e repetitiva; e forçar a mulher a ficar em posição de litotomia<sup>14</sup> durante todo o trabalho de parto.

As ações impostas à mulher que violam sua intimidade ou pudor, interferindo em seu senso de integridade sexual e reprodutiva, com acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo, são consideradas procedimentos de caráter sexual. São exemplos “a episiotomia, assédio, exames de toque invasivos constantes ou agressivos [...] ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Embora todos esses procedimentos sejam agressões à sexualidade da mulher, a episiotomia é merecedora de maior atenção. Trata-se de um procedimento cirúrgico que afeta significativamente a vida sexual da mulher e consiste num corte da musculatura perineal da vagina em direção à perna, com o intuito de aumentar a área de acesso do obstetra ao canal vaginal. A episiotomia “afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80).

Diniz e Chacham (2006) afirmam que crenças culturais também interferem nas práticas adotadas na assistência ao parto. Por acreditarem que após a passagem do bebê o pênis do parceiro torna-se insuficiente para estimular a vagina, alguns médicos costumam somar aos pontos decorrentes da episiotomia o chamado “ponto do marido”, concebido para diminuir a entrada da vagina após o parto. No entanto, tal prática frequentemente ocasiona dores e deformidades na vulva ou na vagina, havendo a necessidade de correção plástica posterior.

Num determinado momento da sutura, ele disse que ia dar dois pontos que iam doer um pouco mais, depois comentou que era o “ponto do marido”. Perguntei a ele o que era isso e ele disse que era um ponto que era dado para que “as coisas voltassem a ser parecidas com o que era antes” e que, se eles não fizessem isso, depois o marido voltava para reclamar. Como a referência ao marido é uma constante, perguntamos se eles já viram um marido reclamar, ao que responderam que não, uma vez que esse ponto era sempre feito (DINIZ, *apud*, PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.86).

As mulheres aceitam a episiotomia de rotina no Brasil porque a maioria acredita que ela seja necessária, para proteger sua saúde e a do bebê. Como a episiotomia é uma decisão médica, “as mulheres presumem que este está fazendo a coisa mais correta. Se a mulher acreditar que

---

<sup>14</sup> A posição de litotomia refere-se à quando o corpo está deitado com a face voltada para cima, com flexão de 90° de quadril e joelho, expondo o períneo.

terá problemas sexuais e uma vagina flácida depois do parto normal, e que a episiotomia é solução para isto, ela concorda” (DINIZ, CHACHAM, 2006, p. 86).

Além de violar a integridade física das mulheres, esses procedimentos acabam resultando em outro tipo de violência, a psicológica. A violência de caráter psicológico, por sua vez, é entendida como sendo “toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Esse tipo de violência se materializa mais comumente da seguinte forma: o abandono da parturiente pela equipe profissional durante o trabalho de parto; restrição da assistência ao parto; desprezo e humilhação; tratar a parturiente como incapaz; omitir informações sobre o seu estado de saúde, ofendê-la verbalmente; julgar suas reações às dores do parto; impedir o contato com o bebê logo no nascimento, culpabilizá-la, entre muitos outros. Podem também decorrer da realização de procedimentos de caráter físico ou sexual, deixando sequelas por vezes mais profundas e intensas, como as depressões pós-parto ou um trauma, como mostra o relato extraído do dossiê da Rede Parto do Princípio em que uma mulher narra momentos impactantes do seu parto.

O médico só gritava: puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem! Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto? Eu estava em estado de choque, mas eu disse: Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: Quer ver o corpo? Eu não quis (K.F.M.T, apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.138).

Casos como esses, evidenciam outro tipo de violência, a institucional, que se caracteriza através de “ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços de natureza pública ou privada” (PARTO PRINCÍPIO, 2012 p.61). Alguns exemplos desse tipo de violência são: o impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes, coagir, humilhar ou desrespeitar a mulher.



Já a violência de caráter material é mais comum na rede privada, pois se caracteriza por “ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012 p.61), como cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante, etc.

Finalmente, a violência de caráter midiático é aquela cuja as ações são praticadas por profissionais da saúde, através de meios de comunicação e redes sociais, com o intuito de influenciar “as mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012 p.61), como, por exemplos: apologia à cirurgia cesariana sem indicação científica, ridicularização do parto normal, *merchandising* de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce, etc.

É importante ressaltar que, em muitos casos, essas violências aparecem associadas. Em uma única situação é possível observar a violência física, sexual, institucional e psicológica, por exemplo, como mostra o seguinte relato também extraído do dossiê da Rede Parto do Príncipe (2012 p.83):

Senti muita dor com uma manobra de ‘massagem perineal’ que foi feita durante o parto e pedi para a médica tirar a mão dali. Ela respondeu ‘Quem manda aqui sou eu’. Logo em seguida, foi feita uma episiotomia sem aviso. Até hoje tenho sonhos e flashes dos momentos que passei na sala de parto, chorei muito, e até hoje, choro porque dói dentro de mim, dói na alma.

A imposição do saber médico, construída ao longo da formação sócio histórica da institucionalização do parto, acabou patologizando o que é fisiológico, limitando a mulher a protocolos e padrões pré-estabelecidas, seja pelas recomendações dos médicos, seja pelas recomendações dos hospitais. Ocorre que, em inúmeros casos, a equipe médica acaba agindo de forma automatizada, tornando o parto uma linha de montagem cheia de regras a serem seguidas.

O relato emocionado do Dr. Ricardo Jones, médico obstetra brasileiro, para o documentário “Na hora certa” sobre humanização do parto, nos mostra o quanto esse modelo obstétrico já estabelecido necessita ser desconstruído:

Uma mulher chegou praticamente com a dilatação completa, uma enfermeira se aproximou de nós e disse: “Doutor, tem um bebê nascendo aqui na frente, na sala de

exames! ” Então, eu abri bem a primeira porta, e no canto da sala tinha uma paciente acorçada, fazendo força. E eu entrei abruptamente na sala gritando com a paciente dizendo: “O que é que tu fazendo no chão?” “Por que, que tu estás jogada aí no chão?” “Te levanta daí!” E essa paciente me olhou, como se eu fosse feito de vidro. Eu fiquei impactado: “Teu filho vai nascer no chão, que absurdo! Te levanta daí, deita na mesa para eu poder te examinar, para eu poder te atender!” Ela novamente, ficou em absoluto silêncio, sem dizer nenhuma palavra sequer. No mesmo momento a enfermeira começou a tentar abrir um par de luvas, daí ela fez mais uma força e saiu a cabeça e logo depois saiu o bebê. E eu pela primeira vez atendi um recém-nascido com as mãos desnudas. E pela primeira vez, eu consegui sentir a sensação inebriante, inesquecível de sentir o corpo úmido e quente de um bebê recém-nascido, absolutamente, inspirado pela chama da vida. E, eu disse; “Agora tu vai se levantar daqui, vai deitar nesta maca aqui, porque eu quero te examinar para ver se o seu períneo tem alguma coisa, uma laceração... quando ela deitou na mesa, examinei e não tinha nenhuma laceração, não tinha nada. E eu ainda tive a indelicadeza de dizer: “É, tu tem muita sorte mesmo, tu tem muita sorte de não ter te arrebitado toda”. Da sala de exames eu ainda conseguia olhar para ela no corredor e via ela deitada na maca assim paradinha, olhando para mim, em silêncio, só me observando. E foi embora. Nunca mais a vi. E tinha uma funcionária limpando o chão. Então ela me viu, olhou para mim e disse assim: “Puxa doutor! Que parto rápido né?” “É muito rápido”. Ela olhou para mim e disse, do alto de sua inocência: “Já pensou, doutor? Se o senhor não chega a tempo?” E quando ela disse aquilo, é como se o chão embaixo de mim tivesse se aberto, e eu tivesse descido diretamente ao inferno. Diretamente para o inferno...porque quando ela disse aquilo eu em dei conta de que se eu não tivesse chegado a tempo, aquilo poderia ter sido um parto maravilhoso. Porque tudo o que eu fiz no atendimento aquela mulher, tudo, desde o primeiro momento em que eu botei os pés naquela sala. Estava repleto de preconceito, de ignorância e de má prática. Desde a primeira palavra que eu disse, desde o xingamento que eu disse, desde o fato de eu não ter me apresentado, desde o fato de não ter sido carinhoso com ela, desde o fato de eu ter tentado fazer uma episiotomia sem o consentimento dela, desde o fato de eu ter xingado ela por estar de cócoras que é a posição mais adequada para uma mulher ter o seu filho, desde o fato de eu ter tracionado violentamente o cordão para que aquela placenta saísse o mais rápido possível. Tudo isso, tudo isso, o corte prematuro do cordão, a entrega para que esse bebe fosse afastado da mãe. Tudo errado, tudo equivocado. E eu me lembro sempre daquele olhar daquela mulher naquela maca, olhando pra mim e a impressão que eu tinha, agora, me lembrando da situação, era que ela estava dizendo assim: “Pai, perdoai-o ele não sabe o que está fazendo” (ROEHRS, 2014).

Essa desconstrução é também cultural, uma vez que essa cultura está enraizada não só na formação da medicina obstétrica, mas também na concepção de parto que se tem na nossa sociedade. Nesse contexto, as mulheres experimentam sentimentos distintos, como “a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer; o desejo de cuidar do filho, mas também o de ser cuidada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro para se ter um filho, e a desconfiança de que se é maltratada impunemente nas maternidades públicas” (AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2010, p. 5). Esses receios acabam incentivando as mulheres a buscarem alternativas para dar à luz, como as que abordaremos a seguir.

### 3.2 O modelo obstétrico contemporâneo: cenários e perspectivas

*A entrada dos homens no universo sagrado e escondido do nascimento, acabou trazendo, junto com as luzes da razão, uma modificação nos modelos e nos paradigmas em atenção ao parto (JONES, CHAUVET, 2013, s/p)<sup>15</sup>.*

Após tantos relatos de mulheres que foram vítimas de intervenções e maus tratos ao dar à luz em hospitais e maternidades, criou-se em nossa sociedade, a ideia de que o parto cesáreo é uma alternativa mais segura, rápida e indolor, enquanto o parto vaginal, sobretudo, em maternidades públicas, é sinônimo de sofrimento. Em meio a esse contexto, a cesariana tem sido uma opção recorrente para as mulheres que temem sofrer intervenções dolorosas advindas um parto normal.

[...] 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 (DINIZ, 2005, p. 631).

Importa ressaltar que a opção de escolha do tipo de parto não está à disposição para todas as mulheres, “visto que, as que usufruem das instituições privadas, podem optar dentro das possibilidades da gestação entre a cesárea e o parto vaginal. Todavia, para outras, o dilema está em justamente não poder escolher” (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015, p.101).

Isso se mostra através dos índices de cesariana das maternidades privadas, que totalizam, segundo o Unicef, mais de 84% dos partos, a depender da região. No entanto, esse alto índice pode estar relacionado não só ao estigma do sofrimento do parto vaginal, mas a questões de conveniência médica.

A cesariana por conveniência médica muitas vezes advém de uma conduta conhecida como “limpeza ou esvaziamento da área”, que consiste em realizar cesáreas ou acelerar intervenções nos nascimentos por parto vaginal para não sobrecarregar o plantão.

Esvaziar a enfermaria é também um recurso usado pelos profissionais de saúde para gerenciar sua carga de trabalho e encontrar tempo para dormir antes do próximo turno. Deixar a enfermaria cheia para o próximo turno é considerado incorreto, então os médicos entendem ser sua obrigação “limpar” a enfermaria usando indução ou cesáreas (DINIZ, 2006, *apud* ARSIE, 2015, p.38).

<sup>15</sup> Transcrição retirada do documentário “O Renascimento do Parto”, produzido por Chauvet em 2013.

Além disso, muitos médicos incentivam a gestante a marcar a cesariana, mesmo durante o pré-natal, pois os permite agendar a chegada do bebê, para não serem pegos de surpresa em uma data ou horário inconvenientes, “revelando como a comodidade do profissional é um fator determinante na indicação dessas cirurgias”. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008, p. 23).

Não surpreende que em um contexto cultural favorável a cesariana como o que vivemos atualmente no Brasil as mulheres acabam por ceder à pressão exercida pelos profissionais, submetendo-se à indicação da cirurgia. “As mulheres vão sendo convencidas pelos obstetras da maior segurança da cesariana e sendo minadas na confiança de que seu corpo seria capaz de enfrentar o trabalho de parto e o parto” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008, p. 22).

Com base no Dossiê da Violência Obstétrica, o alto índice de cesarianas também se justifica em razão da falta de informação pelas mulheres sobre as possíveis consequências do parto cirúrgico. “As mulheres estão extremamente vulneráveis às indicações de cesáreas questionáveis, submetendo-se a uma cirurgia de grande porte com riscos e complicações para a mãe e bebê” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 119). Nessa perspectiva, a falta de informação, condiciona a mulher ao parto cirúrgico sem que ela ao menos tome conhecimento dos benefícios do parto natural, revelando-se um artifício utilizado pelos médicos para manejar o parto de acordo com a própria vontade.

Em outra perspectiva, Câmara (2016) aponta que na rede privada a cesariana é uma assistência prestada a pacientes mais informadas, com maior grau de escolaridade e com maior poder aquisitivo, que buscam os serviços por conta da autonomia que lhe é própria e não por imposição do médico, diferentemente das gestantes usuárias da rede pública, que apenas são submetidas aos procedimentos de rotina e não tem o direito de escolher o tipo de parto que desejam, a não ser que tenham recursos financeiros para serem atendidas pela rede suplementar.

Interessa expor que essa controvérsia divide opiniões no meio obstétrico: de um lado há um estigma ou julgamento a respeito da cesariana a pedido da paciente e do outro há um estigma de autoritarismo do nosso Sistema Único de Saúde – SUS sobre a decisão da própria paciente:

Imputam aos médicos a pecha de autoritários e as mulheres submetidas à cesariana o estigma de submissas, desinformadas e acrílicas, a ponto de aceitar passivamente o procedimento. Sob outra perspectiva, é possível afirmar que autoritarismo seria obrigar gestante desvalidas a parir via vaginal quando essas não o desejarem. Impor a via de parto para gestantes do Sistema Único de Saúde do Brasil é violar o direito à liberdade e à autodeterminação (CÂMARA, 2016, p.306).

Esse é um debate universal e em meio a esse cenário de violações e disputa ideológica, surge ainda uma outra perspectiva de parto que vem ganhando destaque na obstetrícia nos últimos tempos: o parto humanizado. Os defensores desse tipo de parto se opõe a qualquer tipo de intervenção desnecessária, uma vez que buscam proporcionar a mulher uma experiência de parto mais natural possível.

Nessa perspectiva de parto, a mulher é quem dita as regras. Ela se torna protagonista do seu momento e decide como e onde terá seu filho, respeitando a sua própria natureza e aguardam o tempo do seu bebê. Dessa forma, o parto humanizado consiste em dar respeito e conforto a parturiente na hora de dar à luz, até mesmo em uma cesariana<sup>16</sup>.

Recentemente, no Brasil o parto humanizado tem sido buscado, principalmente por mulheres que já tem um histórico de violência obstétrica e buscam uma experiência mais íntima e natural, que não poderia ser encontrada na forma tradicionalmente institucionalizada de parir.

O modelo humanizado é o que o movimento de parto normal no Brasil está tentando promover. Corpo e mente são conectados, a paciente não é um objeto, ela é um sujeito [...] humanismo é prestar atenção nas necessidades do indivíduo, com respeito e dignidade durante o nascimento do bebê (DAVIS-FLOYD, CHAUVET, 2013, s/p)<sup>17</sup>.

O diferencial nessa perspectiva de parto é que ele pode ser realizado em casa, com o acompanhamento de uma doula<sup>18</sup>, se confirmado durante o pré-natal, que não há nenhum indicador de risco para a mulher e para a criança, permitindo que a mulher tenha toda a tranquilidade de um parto verdadeiramente natural, em um ambiente seguro, onde ela é a protagonista. Entretanto, ele também pode ser realizado em hospitais ou em outros lugares de escolha da gestante. Segundo as orientações da Organização Mundial da Saúde – OMS, o local mais adequado para uma mulher ter o seu filho é onde ela se sinta segura.

Algumas mulheres vão se sentir seguras no calor das suas casas, algumas outras, vão preferir ter seus filhos em casas de parto, no bairro onde elas moram, perto de pessoas que elas conhecem. Algumas outras mulheres vão escolher ter seus partos nos hospitais, porque se sentem seguras perto da tecnologia, e o sistema de saúde deve oferecer todas essas alternativas para as mulheres, para que elas possam de adaptar a aquilo que para elas lhe parece melhor (JONES, CHAUVET ,2013, s/p)<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Recentemente, tem-se utilizado uma nova técnica de cesariana, mais humanizada. Nela, em vez de ser puxado pelo obstetra, o bebê tem seu tempo de saída respeitado.

<sup>17</sup> A fala de Robbie Davis-Floyd foi transcrita do documentário “O renascimento do parto”, produzido por Chauvet em 2013.

<sup>18</sup> Profissional que acompanha as mães durante a gestação até o parto.

<sup>19</sup> A fala de Jones, foi transcrita do documentário “O renascimento do parto”, produzido por Chauvet em 2013.

O modelo humanizado também busca lidar com o parto da forma menos intervencionista possível, em prol de preservar os rituais naturais do nascimento. Em vista disso, durante o trabalho de parto não se utiliza nenhuma forma de medicalização, privação de alimentos, limitação da mulher a uma posição específica. Ao contrário, a mulher pode contar com práticas de alívio de dor, como massagens e a banheira com água morta, onde se preferir também pode dar à luz.

Essa técnica de relaxamento utilizada para auxiliar no alívio das dores, foi impulsionada pelo médico obstetra francês, referência em parto humanizado, Michel Odent. Em entrevista, o criador dessa técnica, conta como adequou o ambiente hospitalar para um parto humanizado:

Substituímos a tradicional sala de parto por uma salinha que se parecia com o quarto de uma casa, para que a mulher pudesse esquecer que estava em um hospital. Trouxemos um piano e convidamos as grávidas para cantar, se familiarizar com o lugar e com as parteiras. Compramos uma piscina inflável e usamos como opção de alívio da dor, no lugar dos medicamentos (PARTO COM AMOR, 2013).

Técnicas como essa tem mostrado às mulheres uma alternativa bastante eficiente para o momento do parto, isso porque as mães não precisam ficar deitadas em uma maca recebendo interferências e medicamentos que aceleram o processo. Neste parto a mulher busca o conforto no abraço do seu companheiro, a segurança na paciência da sua equipe e a tranquilidade no apoio de uma doula. Sobre isso, em entrevista ao documentário “O Renascimento do Parto”, a antropóloga PhD, Robbie Davis-Floyd reforça:

[...] você realmente honra a profunda fisiologia do parto. A mulher está em pé, comendo, bebendo, se movimentando [...]. Ajuda muito andar bastante, entrar na água, é maravilhoso, e ter a liberdade de se movimentar e dos efeitos da gravidade (CHAUVET, 2013).

No momento do nascimento, o bebê tem o seu tempo de saída respeitado e, ao sair, é cuidadosamente entregue ao seio da mãe, onde mama tranquilamente pela primeira vez, enquanto é acariciado. O cordão umbilical só é cortado após ter parado de pulsar e a placenta sai naturalmente, sem a necessidade de ser bruscamente tracionada. Nesse cenário o bebê não sofre um choque brusco pela saída do útero para as luzes brancas do hospital, pelo afastamento imediato da mãe e pelos procedimentos invasivos de rotina.

A atenção ao parto humanizado tem, aos poucos, conquistado destaque nas discussões que visam proteger a saúde de mulheres e crianças. Nas maternidades públicas, já é possível encontrar salas de atendimento humanizado, que contam com equipamentos para dar suporte a

parturiente, no entanto, ainda há a presença de diversas práticas intervencionistas, ligadas ao modelo obstétrico tradicional. Em virtude disso, Davis-Floyd (2013) alerta que “é muito fácil burlar o modelo humanizado. No humanismo superficial, você pinta o quarto todo bonitinho, você deixa a mulher com um acompanhante e diz: “somos humanizados” (CHAUVET ,2013, s/p).

Para o Dr. Ricardo Jones, nós só vamos de fato humanizar o nascimento, se devolvermos para a mulher o pleno controle do seu destino e o pleno controle do seu parto. E para isso é fundamental restituir o protagonismo da mulher e pensar o parto com “uma visão integrativa do fenômeno e não simplesmente do ponto de vista mecânico e fisiológico, mas abarcando também, os aspectos psicológicos, afetivos, emocionais, espirituais, culturais e contextuais onde esse parto tá acontecendo” (CHAUVET ,2013, s/p).

Através dessa compreensão podemos ver que a tarefa de humanizar o nascimento não se restringe a realização do parto natural, mas só pode se dar através de um processo de tomada de decisão consciente pela mulher. Nesse sentido, é função da equipe médica estimular a livre escolha do parto fornecendo informações à parturiente sobre todas as alternativas disponíveis. O médico deve ter cautela para evitar que a gestante opte por escolhas que não atendem seus anseios. “Influenciar no processo de decisão e cercear o direito de escolha, ainda que por indução, pode ser entendido como postura contrária à ética profissional” (BARCELLOS, 2009, apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 122).

Segundo Wolff; Moura (2004, p. 283),

[...] cabe à equipe multiprofissional em obstetrícia aproveitar o período da gestação até o parto, em que modificações físicas, sociais e psicológicas na vida da mulher ocorrem, para realizar ações educativas sobre o autocuidado e preparando-a, física e emocionalmente, para enfrentar o trabalho de parto e parto, de maneira mais segura e tranquila. Devem ainda os profissionais de saúde questionarem-se em relação ao papel que desenvolvem frente à assistência à mulher em trabalho de parto e parto, procurando valorizar a pessoa individualmente pelo que ela é e sente, buscando transformar essa assistência em um procedimento humanizado.

Destaca-se a importância do profissional de saúde na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, de instrumentalizar a gestante, visando torná-la sujeito ativo em todos os acontecimentos relacionados ao parto e ao nascimento.

Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e

consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê (SEIBERT, et al, 2005, p. 249).

Dessa forma, entende-se que, se a mulher puder escolher tudo o que diz respeito ao seu parto, ao nascimento do seu filho, se ela tiver consciente de suas escolhas, ela terá um bom parto, independente do que ela escolher, e isso deve ser garantido e respeitado.

Alguns países da América Latina já contam com leis que protegem, informam e garantem o direito das mulheres gestantes e parturientes ao parto livre de violência e intervenções. Abordaremos no capítulo a seguir, os aspectos legais que envolvem a violência obstétrica atualmente.



## 4 O TRATAMENTO JURÍDICO, POLÍTICO E LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ARGENTINA, NA VENEZUELA E NO BRASIL

### 4.1. As Leis venezuelanas e argentinas para punir e erradicar a violência obstétrica

*A legislação argentina e a venezuelana são bastante parecidas no que tange à definição factual de violência obstétrica: 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 (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.36).*

O cenário de uso indiscriminado de atitudes, por vezes, equivocadas na condução dos partos pela equipe médica, claramente caracteriza uma enorme afronta aos direitos das mulheres. Em virtude disso, alguns países já reconhecem tais práticas e condutas como um tipo de violência contra a mulher, como, por exemplo, os nossos vizinhos Argentina e Venezuela. No Brasil, ainda não há uma lei nacional que garanta proteção às mulheres sobre esse tipo de violência, há apenas alguns projetos de lei que tramitam no legislativo e algumas leis estaduais que usaremos aqui como referência para abordar a temática no país.

Num primeiro momento tomaremos como referência a legislação Argentina que aspirando prevenir e erradicar procedimentos e condutas equivocadas, promulgou em 17 de setembro de 2004, a Lei 25.929<sup>20</sup>, que estabelece os Direitos de pais e filhos durante o processo de nascimento. Ainda que não seja uma lei específica sobre a violência obstétrica, traçou caminhos importantes para que o país a reconhecesse posteriormente. Segundo a referida lei em seu art. 2º, toda mulher, grávida, em trabalho de parto, parto e pós-parto, tem os seguintes direitos:

A ser informada sobre as diferentes intervenções médicas que possam ocorrer durante esses processos, para que possam escolher livremente quando houver diferentes alternativas; b) A ser tratada com respeito, de maneira individual e personalizada, que garanta a privacidade durante todo o processo de cuidado à saúde e leve em consideração suas diretrizes culturais; c) A ser considerada, na sua situação em relação ao processo de nascimento, como pessoa sã, para que sua participação como protagonista de seu próprio parto seja facilitada; d) Ao parto natural, respeitando os tempos biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e a ministração de medicação que não estejam justificadas pelo estado de saúde de parturiente ou do bebê; e) A ser informada sobre a evolução de seu parto, do estado de seu filho(a) e, em geral, que se faça participante das diferentes atuações dos profissionais; f) A não ser submetida a nenhum exame ou intervenção cujo o propósito seja de investigação, salvo consentimento manifestado por escrito sob protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética; g) A estar acompanhada, por uma pessoa de sua confiança e escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; h) A ter ao seu lado o seu filho(a) durante a

---

<sup>20</sup> Ley 25.929- Ley de Parto Humanizado.

permanência no estabelecimento sanitário, sempre que o recém-nascido não precisar de cuidados especiais; i) A ser informada, desde a gravidez, sobre os benefícios do aleitamento materno e receber apoio para amamentar; j) A receber assessoramento e informação sobre os cuidados de si mesma e do filho(a); k) A ser informada especificamente sobre efeitos adversos do tabaco, do álcool e das drogas sobre o bebê e sobre ela mesma<sup>21</sup> (ARGENTINA, 2004, art. 2º, p.1, tradução nossa).

Além dos direitos previstos à mulher, a Lei 25.929 também assegura, em seu art. 3º, direitos ao recém-nascido:

A ser tratado de forma respeitosa e digna; b) A sua inequívoca identificação; c) A não ser submetido a nenhum exame ou intervenção cujo propósito seja de investigação ou estudo, salvo consentimento, manifestado por escrito de seus representantes legais, sob protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética; d) A uma internação conjunta com sua mãe no mesmo quarto, e que a mesma seja o mais breve possível, levando em conta seus estados de saúde; e) A que seus pais recebam assessoramento e informações adequadas sobre os cuidados para seu crescimento e desenvolvimento, assim como de seu plano de vacinação<sup>22</sup> (ARGENTINA, 2004, p.2, tradução nossa).

A lei ainda prevê direitos aos pais de bebês em situação de risco, estabelecendo em seu art. 4º<sup>23</sup>, acerca da importância de fornecer informações sobre o estado de saúde do recém-

---

<sup>21</sup> Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales. c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña. k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

<sup>22</sup> a) Artículo 3º.- 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>23</sup> Artículo 4º.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos: a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento. b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia. c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud. e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

nascido e a sua evolução, incluindo diagnóstico, prognóstico e tratamento, do acesso integral à criança enquanto esta esteja em situação clínica, bem como da participação da tomada de decisões relacionadas à sua assistência, do direito da mãe de amamentar o filho(a), de receber as devidas recomendações sobre os cuidados com o bebê, dentre outras determinações.

Por fim, prevê em seu art. 6º<sup>24</sup> que o descumprimento da presente lei, pelas unidades prestadoras de serviços de saúde, bem como pelos seus profissionais, será considerado falta grave e pode acarretar em medidas punitivas, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que possa corresponder.

Somente em 1º de Abril de 2009, foi promulgada na Argentina, a Lei 26.485<sup>25</sup> – Lei de atenção integral as mulheres, visando prevenir, sancionar e erradicar a violência contra às mulheres nos âmbitos em que desenvolvem suas relações interpessoais. Essa lei reconheceu a violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher, incluindo-a em sua legislação.

A lei entende como violência contra a mulher:

toda conduta, ação ou omissão que de maneira direta ou indireta, tanto em âmbito público como privado, baseada em uma relação desigual de poder, afete sua vida, liberdade, dignidade, integridade física, psicológica, sexual, econômica ou patrimonial, assim como sua segurança pessoal<sup>26</sup> (ARGENTINA, 2009, art. 4º, tradução nossa).

Em seguida, determina em seu art. 5º os tipos de violência contra a mulher, sendo elas: física, psicológica, sexual, econômica, patrimonial e simbólica, bem como suas derivações: violência doméstica, violência institucional, violência no trabalho contra as mulheres, violência contra a liberdade reprodutiva, violência obstétrica e violência midiática.

A lei conceitua a violência obstétrica como sendo “aquela que é exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, através de um tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, conforme a Lei 25.929<sup>27</sup>” (ARGENTINA, 2009, art.6º, e, tradução nossa).

<sup>24</sup> Artículo 6º.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

<sup>25</sup> Ley 26.485 – Ley de atención integral a las mujeres.

<sup>26</sup> Artículo 4º.- Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal.

<sup>27</sup> Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Com intuito de garantir o pleno respeito ao direito constitucional das mulheres, a Lei 26.485 prevê a criação de políticas públicas, cabendo ao Ministério da Saúde da Nação incorporar a problemática da violência contra as mulheres nos programas de saúde, de modo que,

elabore protocolos específicos de prevenção e atenção de todo tipo e modalidade de violência contra as mulheres, prioritariamente nas áreas de atenção primária de saúde, emergências, clínica médica, obstetrícia, ginecologia, traumatologia, pediatria, e saúde mental, que especifiquem o procedimento a seguir para a atenção das mulheres que sofrem violência, resguardando a intimidade da pessoa assistida e promovendo uma prática médica não sexista<sup>28</sup> (ARGENTINA, 2009, art.11º, c, tradução nossa).

No tocante à violência já ocorrida, a Lei garante à mulher a possibilidade de agir judicialmente contra a parte agressora, podendo ela, reivindicar uma reparação civil pelos danos e prejuízos sofridos, de acordo com as regras comuns que regem o assunto, devendo, nesses casos,

os policiais, autoridades judiciárias, agentes de saúde e qualquer outro funcionário público a quem mulheres afetadas, têm a obrigação de informar sobre: a) Os direitos que a legislação confere às mulheres que sofrem violência e, por serviços governamentais disponíveis para sua atenção; b) Como e onde ser conduzido para ser auxiliado no processo; c) Como preservar as evidências<sup>29</sup> (ARGENTINA, 2009, Art.36º, tradução nossa).

Além de recorrer judicialmente, a mulher vítima de violência obstétrica ainda pode realizar uma reclamação administrativa diretamente à Defensoria do Povo e da Nação – DPN, que deve averiguar a ocorrência da violência na instituição referida, podendo também requerer a intervenção de outros órgãos, “como a *Superintendencia de Servicios de Salud, INADI* (Instituto Nacional contra a Discriminação, Xenofobia e Racismo), e das defensorias locais, com a possibilidade de promover uma auditoria no estabelecimento denunciado” (ARSIE, 2015, p.56).

---

<sup>28</sup> c) Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista.

<sup>29</sup> Artículo 36º.- Obligaciones de los/as funcionarios/ as. Los/as funcionarios/as policiales, judiciales, agentes sanitarios, y cualquier otro/a funcionario/a público/a a quien acudan las mujeres afectadas, tienen la obligación de informar sobre: a) Los derechos que la legislación le confiere a la mujer que padece violencia, y sobre los servicios gubernamentales disponibles para su atención; b) Cómo y dónde conducirse para ser asistida en el proceso; c) Cómo preservar las evidencias.

A Venezuela, por sua vez, conta com uma legislação que abarca a violência obstétrica de forma mais detalhada, sendo o primeiro país a legislar sobre a temática. Promulgada em 23 de Abril de 2007 a Lei 38.668 discorre sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência<sup>30</sup>, tem o objetivo de:

garantir e promover o direito das mulheres a uma vida livre de violência, criando condições para prevenir, atender, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas manifestações e âmbitos, conduzindo mudanças nos padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de gênero e as relações de poder sobre as mulheres, para favorecer a construção de uma sociedade justa democrática, participativa, igualitária e protagonista<sup>31</sup> (VENEZUELA, 2007, art. 1º, tradução nossa).

A referida lei compreende a violência contra a mulher como todo ato “sexista que tenha ou possa ter como resultado em dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, econômico ou patrimonial; a privação arbitrária da liberdade, assim como a ameaça de executar tais atos, tanto se ocorrem no âmbito público ou privado<sup>32</sup>” (VENEZUELA, 2007, Art. 14º, tradução nossa).

Ao descrever as diversas formas de violência contra a mulher a lei caracteriza a violência obstétrica como sendo:

[...] a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa por meio de trato desumanizado, em um abuso de medicação e patologização dos processos naturais, causando perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres<sup>33</sup> (VENEZUELA, 2007, Art. 15º, 13, tradução nossa).

Em vista disso, considera violência obstétrica, toda prática exercida por profissionais da saúde que consistirem em:

---

<sup>30</sup> ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

<sup>31</sup> Artículo 1.- La presente Ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica.

<sup>32</sup> Artículo 14º.- La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente Ley, comprende todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitrária de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado.

<sup>33</sup> Artículo 15º, 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.

1. Não atender pontual e eficazmente as emergências obstétricas. 2. Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo os meios necessários para a realização do parto vertical. 3. Obstaculizar o apego imediato do bebê com a sua mãe, sem causa médica justificada, negando 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, expreso e informado da mulher. 5. Praticar o parto por via de cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expreso e informado da mulher<sup>34</sup> (VENEZUELA, 2007, Art. 51º, tradução nossa).

Em caso de descumprimento, a lei venezuelana prevê as seguintes medidas aos profissionais e instituições responsáveis:

Em tais situações, o tribunal deve impor ao responsável, uma multa de duzentos e cinquenta (250 U.T.) a quinhentas unidades tributárias (500 U.T.), devendo remeter cópia autenticada da sentença condenatória final ao respectivo colégio profissional ou instituição sindical, para os fins do procedimento disciplinar correspondente<sup>35</sup> (VENEZUELA, 2007, Art. 51º, tradução nossa).

O responsável pela agressão também deverá indenizar a vítima, ou os seus herdeiros, em casos em que a violência resultar em morte. O valor deverá ser definido pelo tribunal competente, sem prejuízo do agressor custear o tratamento médico ou psicológico que a vítima necessitar.

Dessa forma, podem recorrer ao cumprimento desta lei:

A mulher agredida; 2. Os parentes consanguíneos e afins. 3. O profissional de saúde de instituições públicas e privadas que tiver conhecimento dos casos de violência previstos nesta lei. 4. As defensorias dos direitos da mulher a nível nacional, metropolitano, estadual e municipal, anexados aos institutos nacionais, metropolitanos, regionais e municipais, respectivamente. 5. Os Conselhos comunitários e outras organizações sociais. 6. As organizações defensoras dos direitos das mulheres. 7. Qualquer outra pessoa ou instituição que tiver conhecimento dos atos puníveis previstos nesta Lei<sup>36</sup> (VENEZUELA, 2007, Art.70º, tradução nossa).

<sup>34</sup> Artículo 51.- Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

<sup>35</sup> En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinhentas unidades tributárias (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>36</sup> Artículo 70º.- Los delitos a que se refiere esta Ley podrán ser denunciados por: 1. La mujer agredida. 2. Los parientes consanguíneos o afines. 3. El personal de la salud de instituciones públicas y privadas que tuviere conocimiento de los casos de violencia previstos en esta Ley. 4. Las defensorías de los derechos de la mujer a nivel nacional, metropolitano, estatal y municipal, adscritas a los institutos nacionales, metropolitanos, regionales y

A queixa pode ser formulada verbalmente ou por escrito, com ou sem a presença de um advogado, diante de qualquer um dos órgãos a seguir:

1. Ministério Público.
2. Tribunais de Paz.
3. Prefeituras e sedes civis.
4. Divisão de Proteção da criança, adolescente, mulher e família do corpo de investigação com competência no assunto.
5. Órgãos de polícia.
6. Unidades de comando de fronteiras.
7. Tribunais de municípios em localidades onde não existam os órgãos anteriores.
8. Qualquer outro que se atribua esta competência<sup>37</sup> (VENEZUELA, 2007, Art. 71°, tradução nossa).

De acordo com o que foi colocado, é notável os esforços tanto da Argentina, quanto da Venezuela em criar mecanismos de proteção para a mulher contra a violência obstétrica. Sem dúvida, incluir tal violência da gama dos direitos femininos, serviu para tipificar e coibir práticas e condutas violentas que afetam mulheres e bebês na gravidez, parto e puerpério. Entretanto, podemos observar em ambas as leis algumas lacunas. Nesse sentido, a Rede Parto do Princípio (2012, p. 49-50) aponta:

De modo geral, o dispositivo legal venezuelano é bastante preciso em sua forma de coibir e erradicar a violência obstétrica, bem como outras modalidades de violência ou delitos, por seu caráter altamente rigoroso e punitivo. Explícita o que não deve fazer, ao profissional da saúde, a uma mulher gestante ou em trabalho de parto, sob pena de sofrer as consequências legais determinadas pela lei orgânica. Não há lei semelhante, no corpo legal venezuelano, à Lei Nacional nº 25.929 da República Argentina, cabendo à sociedade civil, mobilizada em organizações como a REVEHUNA – Rede Venezuelana de Humanização do Nascimento, ações que levem ao conhecimento de mulheres e pais os seus direitos e os de seus filhos durante o nascimento. Não há na lei venezuelana, inclusive, nenhuma menção ao direito ao acompanhante ou sua presença como fator de bem-estar e eleição da mulher, ou como devem ser tratados mães, pais e filhos no âmbito do atendimento à saúde, salvo os direitos à proteção da maternidade, vínculo materno-filial e aleitamento materno, resguardados pelos artigos 44, 45 e 46 da Lei Orgânica de Proteção aos Meninos, Meninas e Adolescentes. Falta, neste sentido, à legislação venezuelana, a normatização do que se compreende como humanização do atendimento ao parto, bem como o entendimento deste processo como um evento familiar. Analisando por este olhar, a estrutura legal argentina indica um caminho mais seguro na construção de uma práxis médica e social que atendam não somente à garantia dos direitos da mulher contra a violência, mas à sociedade em seus processos de continuidade e estruturação biológica, cultural e política.

---

municipales, respectivamente. 5. Los Consejos Comunales y otras organizaciones sociales. 6. Las organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres. 7. Cualquier otra persona o institución que tuviere conocimiento de los hechos punibles previstos en esta Ley.

<sup>37</sup> Artículo 71.- La denuncia a que se refiere el artículo anterior podrá ser formulada en forma oral o escrita, con o sin la asistencia de un abogado o abogada, ante cualesquiera de los siguientes organismos: 1. Ministerio Público. 2. Juzgados de Paz. 3. Prefecturas y jefaturas civiles. 4. División de Protección en materia de niño, niña, adolescente, mujer y familia del cuerpo de investigación con competencia en la materia. 5. Órganos de policía. 6. Unidades de comando fronterizas. 7. Tribunales de municipios en localidades donde no existan los órganos anteriormente nombrados. 8. Cualquier otro que se le atribuya esta competencia.

Ainda que as leis apresentadas tenham deixado brechas, serviram para despertar a atenção de outros países para essa temática tão fundamental que assola tantas vidas diariamente. Assim como a Argentina e a Venezuela, o Brasil conta com uma lei de proteção destinada as mulheres, contudo, essa não abarcou esse tipo específico de violência contra as mulheres.

## 4.2 Os Marcos Legais no Brasil contra a violência obstétrica

*Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante (CF, 1988, Art. 5º, inciso, II).*

A Lei Maria da Penha, como ficou conhecida, foi considerada pela ONU a terceira melhor lei do mundo no combate à violência contra as mulheres. Sancionada em 7 de agosto de 2006, tornou-se o principal instrumento legal para coibir e punir a violência contra as mulheres no Brasil.

Ela, torna crime a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece suas formas: a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Além disso, cria mecanismos de proteção à mulher, incluindo medidas protetivas de urgência e encaminhamento para serviços de acolhimento especializados, quando necessário. A lei ainda determina a criação de juizados com competência para julgar os crimes e ações cíveis relacionadas à violência doméstica e torna obrigatória a assistência jurídica às mulheres vítimas de crimes de violência doméstica e familiar, bem como proíbe a pena alternativa ao agressor.

Em seu art. 5º ela configura a violência doméstica e familiar contra a mulher como sendo “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”, tipificando as violências contra a mulher da seguinte maneira:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima 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; III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens,



valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006, art7°).

Reconhecendo a importância dessa lei, como principal mecanismo de proteção às mulheres vítimas de violência no país, devemos observar, contudo, que nada consta acerca da violência obstétrica. Pouco conhecida no país, tal violência vem aos poucos adentrando as pautas políticas.

Em 2014, o então deputado pelo PSOL do Rio de Janeiro Jean Wyllys, criou o Projeto de Lei 7633/14, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. O projeto prevê o direito a assistência humanizada as mulheres na gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo também o direito ao abortamento espontâneo ou provocado, tanto na rede pública, quanto na rede privada.

O PL 7633/14 se mostra bastante completo, ao se preocupar com a temática em diversas áreas. Em seu título I, ele propõe que a assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao puerpério e ao abortamento, seja:

Preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008 (BRASIL, 2014, art. 2°).

Com o intuito garantir um parto humanizado, o PL 7633/14 pretende proporcionar a gestante o direito de escolher as condições que preferir para parir, isso inclui a escolha de métodos de alívio da dor, farmacológicos ou não-farmacológicos; a escolha do local, podendo realizar o parto em hospital, maternidade, casas de parto ou em domicílio. A gestante ainda deve escolher a posição em que se sente mais confortável, bem como quem irá lhe acompanhar nesse processo.

Além de garantir os direitos da gestante, que incluem: o respeito à privacidade e às suas crenças e cultura; o direito a ser protagonista do próprio parto; o direito a ter o seu tempo de parto respeitado, evitando, assim, intervenções desnecessárias; o direito a ser informada sobre seu estado de saúde e do seu filho(a), bem como sobre possíveis intervenções médicas, a fim de que possa escolher entre as possíveis alternativas; o direito a receber informação sobre a lactação, como também do direito ao acompanhante, o projeto também inclui a criação de um Plano Individual de Parto.

O PL 7633/14, orienta que o plano seja elaborado assim que diagnosticada a gravidez. Nele deve conter um cronograma a ser seguido durante a gestação, que inclua a equipe que irá acompanhar a mulher durante o pré-natal e até o parto, o local onde a mulher pretende dar à luz, os profissionais de sua escolha que a atenderão durante o parto, podendo contratar outros profissionais para auxiliá-la no trabalho de parto, o uso de medicamentos ou o não-uso deles, entre outros.

Visando assegurar à mulher o controle sobre o seu parto, o projeto orienta, em seu art.9º, que “toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável” (BRASIL, 2014, p.5), sendo obrigatória a justificativa no prontuário da gestante, em casos de administração de enemas; a administração de ocitocina sintética; os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo; a amniotomia; a episiotomia; a tração ou remoção manual da placenta; a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto.

Em seu art. 13º o projeto reconhece a violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher, a caracterizando da seguinte maneira:

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 (BRASIL, 2014, p. 6).

O referido projeto considera violência obstétrica qualquer ação praticada pelos profissionais de saúde que viole verbal ou fisicamente a mulher, tanto em trabalho de parto, como em situações de abortamento e puerpério. Em vista disso, traça uma série de recomendações a serem seguidas por tais profissionais, que ficam proibidos de:

I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz; II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade; III - ironizar ou censurar a mulher por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica e suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros; IV – preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas; V - induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária,

mentindo sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do concepto, inerentes ao procedimento cirúrgico; VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a); VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a); VIII - recusar ou retardar o atendimento oportuno e eficaz à mulher em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal ou em abortamento, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à mulher nesses casos; IX - promover a transferência da internação da mulher sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local; X - impedir que a mulher seja acompanhada por pessoa de sua preferência durante todo o pré-parto, parto e puerpério, ou impedir o trabalho de um(a) profissional contratado(a) pela mulher para auxiliar a equipe de assistência à saúde; XI - proibir ou dificultar que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhantes, e receber visitas em quaisquer horários e dias; XII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como: a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações; b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado; c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade; d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher; e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica; f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia); g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto; h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto; i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto; j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo; k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva; l) praticar Manobra de Kristeller; m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal; n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento. XIII – Realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas; XIV – Realizar episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a mulher sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal; XV – Realizar episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia; XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical; XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade; XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la; XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico; XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais; XXI – Impedir

a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal; XXII - Tratar o pai da criança ou o(a) acompanhante de escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite (BRASIL, 2014, art. 14°).

Além das detalhadas recomendações acima explicitadas, o projeto, assim como a Lei Argentina 25.929, também prevê direitos ao recém-nascido.

I – ao nascimento digno e seguro, e à oportunidade de desenvolvimento saudável desde o primeiro momento de vida; II – a ser mantida ligada à placenta pelo cordão umbilical por, no mínimo, cinco minutos, a fim de garantir o suprimento de sangue e nutrientes necessários, 10 devendo o cordão umbilical ser cortado somente após a cessação da pulsação espontânea, salvo nos casos de urgente necessidade de intervenção para cuidados especiais; III – a ser entregue à sua mãe para contato pele-a-pele e amamentação em livre demanda imediatamente após nascer e durante a primeira meia hora de vida; IV – a não ser separada de sua mãe para realização de procedimentos de rotina, devendo a realização de quaisquer exames ser feita com a criança no colo de sua mãe, salvo nos casos especiais devidamente justificados ou em que haja necessidade de sua remoção para cuidados urgentes e especiais; V – a não receber leite artificial ou equivalente, quando conseguir mamar, nem receber medicamentos ou substâncias sem autorização da mãe, durante todo o período de permanência no estabelecimento de saúde; VI – a ser amamentada em livre demanda e ser acompanhada presencial e continuamente por sua mãe para contato pele-a-pele quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem restrição de horário ou dias da semana, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal (BRASIL, 2014, art. 16°).

Em seu título II, o PL 7633/14 prevê medidas para a erradicação da violência obstétrica, elencando como proceder em casos da violência já praticada. O art. 17° orienta que todos os casos devem ser levados às ouvidorias dos serviços de saúde, a fim de serem analisadas e aplicadas as devidas punições. Os casos de violência obstétrica também devem ser conduzidos aos Conselhos Regionais de Medicina – CRM e Conselhos Regionais de Enfermagem – CRE, para que se dê os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos. Os profissionais que praticarem tal violência ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas ações.

Outra preocupação apontada pelo PL é em relação à importância da informação para o enfrentamento da violência, dispondo em seu art. 18° que todos os estabelecimentos de saúde, desde hospitais a consultórios, tanto da rede pública, quanto privada, devem expor cartazes informativos, que contenham orientações acerca das condutas de humanização previstas no projeto, assim como se deve proceder em casos de violência obstétrica. A preocupação se estende, ao passo que o documento também propõe a inclusão obrigatória de disciplinas que abordem a humanização do parto nas formações dos profissionais de saúde. No que se refere à coibição de qualquer forma de discriminação à mulher ele apresenta o seguinte texto.

Os direitos e a proteção à vida de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e de seus recém-nascidos de que trata esta Lei, mais especificamente de gestantes, parturientes, puérperas e seus neonatos, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade ou qualquer outra (BRASIL, 2014, art.20°).

Em seu terceiro título, o PL 7633/14, dispõe sobre o controle dos índices de cesariana e das boas práticas obstétricas. Por considerar os altos índices de cesariana no país, propõe em seu Art. 26°, que sejam criadas 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” (Art. 26°, § 1°).

As instituições que excederem o limite de cesariana recomendados pela Organização Mundial de Saúde – OMS, serão advertidas e receberão assistência da CMICBPO para a redução dos seus índices. “Em caso de continuidade, pelo terceiro período consecutivo, do limite ultrapassado, a CMICBPO notificará a instituição e iniciará uma sindicância para investigar as causas clínico-obstétricas e os profissionais responsáveis pelos índices elevados” (BRASIL, 2014, Art. 26, § 13).

Diferentemente das leis argentinas e venezuelana, o projeto de Lei 7633/14, elaborado pelo deputado Jean Wyllys, alia em um só instrumento a proteção à mulher contra a violência obstétrica e define diretrizes para a humanização do parto, de forma minuciosa. Sem dúvidas, se aprovada, essa lei contribuirá para que haja uma mudança no cenário atual da obstetrícia no Brasil. Vale ressaltar que juntamente com este, tramita também na câmara dos deputados, outros dois projetos que também abordam a temática da violência obstétrica, trata-se do PL 8219/17, do deputado Francisco Floriano pelo DEM do Rio de Janeiro e do PL 7867/17, da deputada Jô Moraes, pelo PCdoB de Minas Gerais.

Segundo a Rádio Câmara (2017), os projetos que punem a prática de violência obstétrica tramitam em conjunto e serão transformados em uma proposta única que, caso seja aprovada pelas comissões, poderá ser enviada ao Senado sem passar pelo Plenário da Câmara.

É importante destacar que apesar de ainda não termos uma Lei nacional que proteja as mulheres da violência obstétrica, já contamos com algumas leis estaduais que abordam a temática a exemplo da Lei estadual 17.097, aprovada em 17 de janeiro de 2017 pelo estado de Santa Catarina/ SC.

A presente Lei tem por objetivo a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado e divulgação da Política Nacional

de Atenção Obstétrica e Neonatal, com o intuito de propiciar a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

O conceito de violência obstétrica adotado por essa lei, se refere segundo o Art. 2º, a “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”. Em vista disso, considera-se ofensa verbal ou física, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas; III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros; IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto; V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê; VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica; VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local; IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto; X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante; XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional; XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer; XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível; XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto; XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado; XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto; XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes; XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar; XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais; XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS); XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia (SANTA CATARINA, 2017, Art. 3º).

A lei do Estado de Santa Catarina, caminha alinhada ao projeto de Lei 7633/14, ainda que não contemple os aspectos da violência obstétrica em sua totalidade. No entanto, diferentemente das demais, ela amplia a caracterização de violência obstétrica, afirmando não

só as ações praticadas pela equipe de saúde mas também as ações praticadas pelos familiares e acompanhantes contra a gestante e parturiente, fato que não aparece em nenhum outro instrumento legal.

Do mesmo modo que o projeto 7633/14, também orienta, que as instituições de saúde, disponibilizem cartazes informativos acerca da violência obstétrica, que devem conter informações de como proceder à denúncia em casos de violência.

Aliado a isso, também assegura a criação da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, para que a mulher tenha acesso as informações necessárias para um atendimento humanizado e digno, a fim de coibir a violência obstétrica. A cartilha deve ser elaborada em linguagem simples e trazer em seu conteúdo “a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências” (SANTA CATARINA, 2017, art.4º, §3º).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, a que a lei se refere, prevê os direitos da gestante e do bebê, bem como princípios e diretrizes para um atendimento humanizado. Essa política é executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, a fim de promover a ampliação do acesso a uma assistência obstétrica e neonatal de qualidade no Sistema Único de Saúde – SUS.

A Portaria Nº. 1.067, de 4 de julho de 2005, estabelece os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05 (BRASIL, 2005, Art. 2º).

Essa política dispõe sobre ações e procedimentos a serem adotados na atenção ao pré-natal, atenção ao parto e atenção ao recém-nascido. A atenção ao pré-natal tem o objetivo de

“acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido”, que seja qualificada e humanizada, através de condutas humanizadas e sem intervenções desnecessárias. Além disso, ressalta a importância de serem desenvolvidas atividades educativas durante o pré-natal que abarquem questões referentes ao parto, puerpério, entre outros.

A atenção ao parto tem o objetivo de prestar atendimento qualificado e humanizado à mulher durante o parto e no puerpério, respeitando os direitos de escolha da mulher, evitando procedimentos desnecessários, oferecendo métodos de alívio não farmacológicos, bem como de elaborar relatórios e registrar as condições de parto e nascimento, entre outros.

A atenção ao recém-nascido, por sua vez, tem o objetivo de verificar as informações do pré-natal, realizar os cuidados durante o pré-parto e parto, avaliar as condições de nascimento do recém-nascido, garantir o momento de interação imediata entre mãe e filho, realizar a observação geral da saúde da criança após o nascimento, dando sequência com os testes, vacinas e exames de rotina, entre outros.

O Ministério da Saúde declara que o conceito de atenção humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. Assim, a humanização do parto retoma a visão do parto como sendo uma experiência feminina abastecida de diversos sentimentos, emoções e preocupações. Além disso, reconhece a maternidade como um momento ímpar não só para as mães mas também para a família, o que demanda habilidade, dedicação e sensibilidade dos profissionais que assistem o parto.

Em resposta as violações ocorridas em torno do parto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, através da Portaria/GM n°. 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades:

Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de



recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002, p.05).

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Esse programa fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

Nesse panorama, a humanização do parto proporciona uma visão holística da atenção à parturiente, uma vez que a mulher volta a ser sujeito ativo do processo, devendo a equipe de saúde ampará-la e acolhê-la de modo a criar um vínculo que não se restrinja à técnica, mas que também respeite suas escolhas e a trate com dignidade.

Mesmo com os mecanismos de proteção apresentados até aqui e apesar dos esforços de tantas mulheres e instituições para que se reconheça a violência obstétrica, recentemente, no dia 03 de maio do corrente ano, o Ministério da Saúde surpreendeu a todos ao liberar um despacho referente ao pedido de posicionamento recebido por meio do ofício nº 017/19 – JUR/SEC, quanto ao uso do termo “violência obstétrica”.

Pautado na definição do termo “violência” adotada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, que, segundo o Ministério da Saúde, o caracteriza como o “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte ou dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” o Ministério da Saúde definiu que “o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no contínuo gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, justifica que o termo é inapropriado, visto que “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”. O referido ofício finaliza, ressaltando que o termo não agrega valor e que “estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada” (BRASIL, 2019).

O posicionamento do Ministério da Saúde gerou revolta em muitas mulheres que foram vítimas da violência obstétrica, bem como em várias organizações que tratam da temática. Após o despacho, o Ministério Público Federal – MPF de São Paulo/SP proferiu uma nota de repúdio e recomendou, baseado em 37 considerações que o Ministério da Saúde:

I- esclareça por meio de nota que o termo “violência obstétrica” é expressão já consagrada em documentos científicos, legais e usualmente empregada pela sociedade civil, sendo o uso da expressão livremente facultado independentemente de eventual preferência do Ministério da Saúde em utilizar expressões alternativas em suas ações específicas; II- que se abstenha de empregar quaisquer ações voltadas especificamente à abolição do uso da expressão “violência obstétrica”, empregando ao invés, ações voltadas a coibir as práticas agressivas, maus tratos e desrespeito durante o parto, independentemente da intenção dos profissionais em causar danos; III- adote as ações positivas recomendadas pela “Declaração de prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, publicada em 2014 (documento remetido em anexo), que reconhece a ocorrência de violência física, verbal e maus tratos durante o parto, independentemente da intencionalidade do profissional em causar dano (BRASIL, 2019).

Ademais o MPF recomendou que o MS divulgue estas recomendações nas unidades de saúde de todo o país, estabelecendo o prazo de 15 dias para que o Ministério da Saúde se posicione, sob pena de sofrer as consequências legais cabíveis.

Certamente, o despacho do MS configura um enorme retrocesso na luta contra a violência obstétrica e contraria o crescente número de denúncias de mulheres que foram vítimas durante o período gestatório e puerpério nas instituições de saúde. O próprio MPF, conduz um inquérito civil de nº 1.34.001.007752/2013-81, que expõe graves violações aos direitos fundamentais das mulheres durante os atendimentos obstétricos.

Conclui-se que o despacho se configura como expressão do patriarcado institucional, onde reina a soberania do saber médico sobre os corpos femininos. A postura adotada pelo Ministério da Saúde contribui para a naturalização da violência obstétrica nos atendimentos de saúde, que já é reconhecida nacional e internacionalmente, e para que as vítimas sejam silenciadas, indo, portanto, em contramão aos preceitos já estabelecidos e aos direitos já conquistados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da violência obstétrica está, ainda que lentamente, se inserindo nos debates sobre as violências contra as mulheres. No âmbito acadêmico e nas mídias sociais, a problemática está ganhando maior visibilidade. Parte significativa das referências bibliográficas são encontradas em produções (sobretudo nos cursos de Enfermagem, Serviço Social e Psicologia), principalmente por intermédio de, monografias, dissertações, teses e artigos, sendo poucos os livros que abordam o tema.

Notou-se que há a necessidade de o Serviço Social despertar de forma mais aprofundada para a temática da violência obstétrica, enquanto profissão inserida nas políticas públicas de saúde e, especialmente, pelo seu posicionamento em prol da liberdade e defesa dos direitos humanos, contra a opressão de classe, raça e gênero, uma vez que a discussão ainda não está sendo debatida de forma abrangente pela categoria.

Também cresce o número de organizações, sites e páginas nas redes sociais que levantam a bandeira de tal violência, contribuindo de forma expressiva para a socialização das informações entre as mulheres.

No que se refere à parte legal da temática, notou-se que no Brasil ainda há muito que avançar, sendo, por isso, necessário para esta pesquisa, buscar as legislações de outros países da América Latina, como Argentina e Venezuela que já dispõem de legislações bastante avançadas no tocante à coibição e punição da violência obstétrica.

Constatou-se que alguns estados brasileiros contam com legislações específicas sobre a violência obstétrica, o que consiste em um passo importante, no entanto, é preciso ir além e lutar pela efetivação de uma lei nacional que atenda aos interesses das milhares de mulheres que vivenciaram ou poderão vivenciar esse tipo de violência. Todavia, é importante registrar que não se acredita que a lei por si só, será capaz de abolir tais violências, ela poderá ser um canal de punição mais rígido, contudo, é fundamental a conscientização dos sujeitos individuais e coletivos, a ruptura com esse modelo de sociedade patriarcal que nos coloca em condição de inferioridade e conseqüentemente sem direitos a dispor de nossos corpos.

A violência obstétrica viola a integridade física, psicológica e sexual da mulher, se apropria e rompe com seus direitos reprodutivos, seu direito de livre escolha e de decidir sobre o próprio corpo, configurando-se como inaceitável violação dos direitos principais que lhes protegem.

Verifica-se que essa violência se apresenta de diversas formas no pré-natal, pré-parto, parto e puerpério, desde a falta de informação e de autorização para a realização de

procedimentos, até a ofensa verbal, com o intuito de impedir a mulher de externar os seus sentimentos no parto.

Mesmo ao longo dos anos de discussão sobre a Política Nacional de Humanização ao pré-natal, parto e puerpério, o processo de institucionalização do parto no Brasil continua falhando na sua concretização, ao passo que muitas das práticas de rotina utilizadas em hospitais e maternidades, vão em contramão as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Ainda que as instituições tentem assegurar a oferta de um parto humanizado, é comum a imposição do saber médico sobre o corpo das mulheres. Fatores como a alta taxa de medicalização no parto e o alto índice de cesariana, reforçam a apropriação do corpo feminino e o seu impedimento de ser sujeito pleno de sua história. Assim, para que o parto humanizado ocorra, de fato, é necessário ir além dos preceitos estabelecidos. Humanizar é devolver a mulher o poder de decisão sobre o seu corpo e sobre os seus processos reprodutivos naturais.

Ressalta-se que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando as emoções marcantes da chegada de um filho, o que, por vezes, as fazem acreditar que tais intervenções foram necessárias para a sua saúde e a do bebê.

A violência obstétrica aparece como uma prática naturalizada, sendo, por isso, primordial informar os direitos das mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natal, onde se tem a oportunidade de abordar variados assuntos, a fim de instrumentalizá-las para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, para que ela possa ter meios de argumentar sobre seus direitos e denunciar situações de violência.

Reforço ainda a importância de dar destaque aos relatos de mulheres que passaram por um tratamento severo e desumanizado durante o parto, e de buscar meios para que essas e outras sejam capazes de identificar a violação, que por muitas vezes acontece de forma sutil.

Todos esses aspectos interligados, leis, conhecimento, ruptura com o patriarcado, formam um pavimento fundamental, sobretudo, no momento atual de retrocesso, protagonizado pelo Ministério da Saúde, na tentativa de coibir o uso do termo “violência obstétrica”, já reconhecido nacional e internacionalmente. Descaracterizar uma luta, camuflar uma violência real e tentar omitir o uso de práticas e condutas violentas, certamente só reforça a hierarquização existente no parto, onde o saber médico dita as regras, enquanto a mulher se torna a coadjuvante.

Por isso, reafirmo o papel fundamental da informação como instrumento de enfrentamento, para que se possa, através dela, conscientizar as mulheres dos seus direitos,

como parturientes e como seres humanos, para que não permitam que os seus protagonismos lhes sejam arrancados.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010.pdf>>. Acesso em: 04 Mai. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_O\\_Modelo\\_da\\_atencao\\_obstetrica\\_no\\_setor\\_da\\_SS.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_O_Modelo_da_atencao_obstetrica_no_setor_da_SS.pdf)> Acesso em: 4 Mai. 2019.
- ARGENTINA. Lei n. 25.929. Lei Nacional de Parto Humanizado, de 17 de setembro de 2004. Disponível em <[http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi\\_normativa/ley\\_5929\\_parto\\_resp\\_estado.pdf](http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley_5929_parto_resp_estado.pdf)>. Acesso em 10 Mai. 2019.
- \_\_\_\_\_. 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: 14 Mai. 2019.
- ARSIE, Jaqueline Gonçalves. **Violência obstétrica: uma violação aos direitos fundamentais da mulher**. Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/163651/Monografia%20Jaqueline%200.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 de Mai. 2019.
- ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Rio de Janeiro: SOS CORPO – Cad. Saúde Pública, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>>. Acesso em: 29 Mar. 2019.
- BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo: Livro 1. Fatos e Mitos**. 4ª Edição. Tradução de Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970. Disponível em: <<file:///C:/Users/Lais%20Taina/Downloads/Beauvoir,%20Simone%20O%20Segundo%20Sexo%20vol%201.pdf>>. Acesso em: 27 Mar. 2019.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 29 Mar. 2019.
- \_\_\_\_\_. 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: 18 Mai. 2019.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 8219/17/2017**. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=Tramitacao-PL+8219/2017](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=Tramitacao-PL+8219/2017)>. Acesso em: 18 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 7867/17/2017**. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1568996&filena me=Tramitacao-PL+7867/2017](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filena me=Tramitacao-PL+7867/2017)>. Acesso em: 18 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Rádio Câmara**, 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/542432-TRES-PROJETOS-DE-LEI-SOBRE-VIOLENCIA-OBSTETRICA-TRAMITAM-EM-CONJUNTO-NA-CAMARA.html>>. Acesso em: 18 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 9.263**, de 12 de Janeiro de 1996. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-norma-1996-374936-pl.pdf>>. Acesso: 20 Mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei Maria da Penha. **Lei N.º 11.340**, de 7 de Agosto de 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em: 30 Abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do Governo**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1. Brasília: 1ª edição – 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 31 Mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Despacho**. Brasília, 2019. Disponível em: <[https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0)>. Acesso em: 18 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. **Recomendação nº 29/2019**. São Paulo, 2019. Disponível em: <[http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao\\_ms\\_violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf)>. Acesso em: 19 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº. 569, de 1 de junho de 2000**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)> Acesso em: 02 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº. 1.067, de 4 de julho de 2005**. Instituir a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2005. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/doc\\_395287\\_PORTARIA\\_N\\_1067\\_DE\\_4\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2005.spx](http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.spx)> Acesso em: 03 Mai. 2019.

CÂMARA, Raphael. Et al. **Cesariana a pedido materno**. Rev. Col. Bras. Cir. 2016. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt\\_0100-6991-rcbc-43-04-00301.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt_0100-6991-rcbc-43-04-00301.pdf)>. Acesso em: 04 Mai. 2019.

CAMURÇA, Sílvia. **‘Nós Mulheres’ e nossa experiência comum**. Cadernos de Crítica Feminista, Número 0, Ano I, Recife: SOS CORPO, 2007.

CAMURÇA, Sílvia; GOUVEIA, Taciana. **O que é gênero**. 4ed. Recife: SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia, 2004. Cadernos SOS CORPO; v.1.

CHAUVET, Eduardo. **O Renascimento do Parto**. Direção:. [Filme – vídeo]. Roteiro de PAULA, Érica de. Brasil. Master Brasil Filmes. 2013. 90 min, doc/cor. Disponível: Netflix. Acesso em: 05 Mai. 2019.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6 (1/2):147-177, 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/08.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2019.

CUNHA, Bárbara Madruga da. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero**. Paraná, 2014. Disponível em: <<http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%C3%A1rbara-Cunha-classificado-em-7%C2%BA-lugar.pdf>>. Acesso em: 26 Fev. 2019.

**Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim**, 1995. Disponível em: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)>. Acesso em: 27 Mar. 2019.

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, p.80-91, 2006. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/17184287/1658930519/name/O+%E2%80%9Ccorte+por+cima%E2%80%9D+e+o+%E2%80%9Ccorte+por+baixo%E2%80%9D+o+abuso+de.pdf>> Acesso em: 24 Mai. 2019.

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, p. 627- 637, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019)> Acesso em: 26 Abr. 2019.

FRANÇA, Marcello de Albuquerque, et al. **Anestesia peridural**: vantagens e desvantagens na prática anestésica atual. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25 (Supl 4): S36-S47. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1797>>. Acesso: 30 Abr. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <<file:///C:/Users/Lais%20Taina/Downloads/GIL-%202002-%20Como%20Elaborar%20Projeto%20de%20Pesquisa.PDF>>. Acesso em: 30 Mai. 2019.

GUARNIERI, Tathiana Haddad. **Os direitos das mulheres no contexto internacional – Da criação da ONU (1945) à conferência de Beijing (1995)**. *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*. Curso de Direito - N. 8, Jan/Jun, 2010. Disponível em: <<http://re.granbery.edu.br/artigos/MzUx.pdf>>. Acesso em: 26 Mar. 2019.

GUILLAUMIN, Colette; TABET, Paola; CLAUDE, Nicole. **O patriarcado desvendado**: teorias de três feministas materialistas. Recife: SOS Corpo, 2014.

MORAIS, Fátima R. Rosado. **A humanização no parto e no nascimento**: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. Natal, 2010. Disponível em:



<[http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/FatimaRRM\\_TESE.pdf](http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/FatimaRRM_TESE.pdf)> Acesso em: 04 Mai. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **O desafio da pesquisa social**. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28. Ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2009.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 10 n.3. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 28 Abr. 2019.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1 ed. São Paulo – SP: Expressão Popular, 2011.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. São Paulo: Ground, 2002.

ONU. **A Carta das Nações Unidas**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/carta/>>. Acesso em: 02 Abr. 2019.

PARTO COM AMOR. **Entrevista com Michel Odent sobre parto, nascimento e ocitocina**. Brasil, 2013. Disponível em: <<http://parto-com-amor.blogspot.com.br/2014/11/michel-odent-fala-sobre-parto.html>> Acesso em: 23 Mar. 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica – Parirás com dor**, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 26 Mar. 2019.

PIMENTA, Déborah Giovana, et al. **O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa**. Enfermería Global. N°30, Abril, 2013. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt\\_enfermeria2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_enfermeria2.pdf)>. Acesso em: 04 Mai. 2019.

PRATES, J. C.. **A arte como materia prima e instrumento de trabalho para o Assistente Social**. Textos & Contextos (Online), v. 8, p. 01-12, 2007.

PRATES, Jane C e PRATES, Flavio C. **A contribuição da pesquisa e de práticas participativas para o desenvolvimento de políticas sociais pelo poder local**. Artigo. Revista Virtual textos & Contextos n 4. Porto Alegre, FSS/PUCRS, 2005.

ROEHRS, Douglas. **Na hora certa: documentário sobre parto Humanizado**. Direção: Douglas Roehrs – FAMECOS/PUCRS. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fkGfzptCaME>>. Acesso em: 27 Abr. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Expressão Popular, 2011. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1741437/mod\\_resource/content/1/G%C3%AAnero%2C%20Patriarcado%2C%20Viol%C3%Aancia%20%2028livro%20completo%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1741437/mod_resource/content/1/G%C3%AAnero%2C%20Patriarcado%2C%20Viol%C3%Aancia%20%2028livro%20completo%29.pdf)>. Acesso em: 18 Jan. 2019.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2017/017097-011-0-2017-001.htm> > Acesso em: 19 Mar. 2019.

SEIBERT, Sabrina Lins. et al. **Medicalização x Humanização:** o cuidado ao parto na história. R. Enferm, 13:245-51.UERJ, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>. Acesso em: 05 Mai. 2019.

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. **A desigual divisão sexual do trabalho:** um olhar sobre a última década. São Paulo: Estudos Avançados, vol. 30, nº 87, **Mai/Ago**, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n87/0103-4014-ea-30-87-00123.pdf>>. Acesso em: 19 Fev. 2019.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. **A história do parto:** do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. Série: Ciências Humanas, v. 16, n. 1, p. 95-107. Santa Maria, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>>. Acesso em: 03 Mai. 2019.

VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia. Disponível em <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf> >. Acesso em 15 Mai. 2019.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3ª Edição. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf)>. Acesso em: 30 Mar. 2019.

WICHTERICH, Christa. **Direitos Sexuais e Reprodutivos.** Fundação Heinrich Böll Brasil – Vol. 11. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <[https://br.boell.org/sites/default/files/boll\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_1.pdf](https://br.boell.org/sites/default/files/boll_direitos_sexuais_reprodutivos_1.pdf)>. Acesso em: 28 Mar. 2019.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. **A institucionalização do parto e a humanização da assistência: Revisão de literatura.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro: 8 (2): 279-85, Ago, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713016>>. Acesso em: 26 Abr. 2019.