



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO

WALESKA DAYSE MASCARENHA DA NÓBREGA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DA LEGISLAÇÃO  
BRASILEIRA E DE OUTROS PAÍSES DA AMÉRICA DO SUL**

SOUSA-PB

2018

WALESKA DAYSE MASCARENHA DA NÓBREGA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DA LEGISLAÇÃO  
BRASILEIRA E DE OUTROS PAÍSES DA AMÉRICA DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharela em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Emília Paranhos Santos Marcelino

SOUSA - PB

2018

WALESKA DAYSE MASCARENHA DA NÓBREGA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DA LEGISLAÇÃO  
BRASILEIRA E DE OUTROS PAÍSES DA AMÉRICA DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e  
Sociais da Universidade Federal de Campina  
Grande, como exigência parcial para a obtenção do  
título de Bacharela em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Emília Paranhos Santos  
Marcelino

Data de aprovação: 05 / dezembro / 2018

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Emília Paranhos Santos Marcelino

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Carla Rocha Pordeus

---

Prof. Esp. Osmando Formiga Ney

Dedico este trabalho ao meu querido avô, Antônio Mascarenha (*in memoriam*), que tanto almejou ver-me formada em Direito.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus, que me deu o fôlego de vida e iluminou o meu caminho durante esta trajetória.

Ao meu pai, Antônio e, em especial, a minha mãe, Maria, minha base, agradeço por nunca medirem esforços para me proporcionarem o melhor, pelo apoio e pelo amor incondicional em todos os momentos da minha vida.

Ao meu namorado, familiares e amigos (as) que de alguma forma contribuíram para realização desta atividade acadêmica. Obrigada!

Também não poderia deixar de agradecer a minha vizinha e amiga, Simone Galdino, por ter me socorrido nos momentos de desespero durante a elaboração deste trabalho.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Emília, obrigada pela paciência e orientação.

*A injustiça num lugar qualquer é uma ameaça à  
justiça em todo o lugar.*

Martin Luther King

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar a violência obstétrica no Brasil e em alguns países da América do Sul onde ela é tipificada, através de um comparativo de suas legislações. De início, é apresentado um panorama geral dos documentos considerados principais para o desenvolvimento dos direitos fundamentais e, por conseguinte, sua inserção no texto constitucional de 1988, principalmente no que tange aos direitos da mulher. Também é abordada a temática da violência contra a mulher, sobretudo a violência obstétrica. Nessa linha, é analisada essa espécie de violência, desde sua origem até sua repercussão nos dias atuais, elencando suas principais formas caracterizadoras. Ademais, é feita uma abordagem dessa violência sob o ponto de vista jurídico, através da análise de leis estrangeiras referentes a violência obstétrica e os projetos de leis em trâmite no Brasil, e, ao final, é feito um comparativo entre essas legislações. Para tanto, é utilizado como metodologia a pesquisa qualitativa, mediante estudo bibliográfico, análise da legislação pertinente ao assunto, pesquisas institucionais e artigos científicos.

**Palavras-chaves:** América do Sul. Brasil. Direitos da mulher. Violência obstétrica.

## **ABSTRACT**

The present study has as general objective to analyze the obstetric violence in Brazil and in some South American's countries where it is typified, through a comparative of his legislations. At the outset, it provides an overview of the documents considered to be key to the development of fundamental rights and, consequently, their inclusion in the 1988 constitutional text, especially with regard to women's rights. It also addresses the issue of violence against women, especially obstetric violence. In this line, this kind of violence is analyzed, from its origin to its repercussion in the present day, listing its main characterizing forms. In addition, a legal approach to this violence is made, through the analysis of foreign laws regarding obstetric violence and the draft laws in process in Brazil, and, in the end, a comparison is made between these laws. For that, a qualitative research methodology is used as a methodology, through a bibliographic study, analysis of relevant legislation, institutional research and scientific articles.

**Keywords:** South America. Brazil. Women rights. Obstetric violence.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

a.C – Antes de Cristo

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEDAW – Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

CMICBPO – Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas

CPMI – Comissão parlamentar Mista de Inquérito

CRFB/ 88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

“Episio” – Episiotomia

EUA – Estados Unidos da América

MESECVI – Mecanismo de Acompanhamento da Convenção de Belém do Pará

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PIB – Produto Interno Bruto

PL – Projeto de Lei

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

SESC – Serviço Social do Comércio

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>OS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Abordagem histórica dos direitos fundamentais no cenário mundial .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Inserção dos direitos fundamentais na Constituição brasileira de 1988 .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3</b>	<b>Os direitos da mulher na Constituição de 1988 .....</b>	<b>19</b>
<b>2.4</b>	<b>O fenômeno da violência contra a mulher .....</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Abordagem histórica do parto .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>Conceituação da Violência Obstétrica .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3</b>	<b>Formas caracterizadoras de violência obstétrica .....</b>	<b>32</b>
3.3.1	Procedimentos de caráter físico .....	32
3.3.2	Procedimentos de caráter sexual.....	34
3.3.3	Procedimentos de caráter psicológico .....	37
3.3.4	Procedimentos de caráter institucional .....	38
<b>4</b>	<b>A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAUSA JURÍDICA.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1</b>	<b>Tratamento legal dado à violência obstétrica na América do Sul.....</b>	<b>40</b>
4.1.1	Tratamento legal na Venezuela .....	40
4.1.2	Tratamento legal na Argentina .....	42
<b>4.2</b>	<b>Tratamento Legal da violência obstétrica no Brasil.....</b>	<b>45</b>
<b>4.3</b>	<b>Análise comparativa da legislação brasileira e de outros países da América do Sul</b>	
	<b>.....</b>	<b>50</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Diante da atual conjectura mundial, percebe-se que a violência é um fenômeno que se constitui como um grave problema social, manifestando-se de inúmeras formas e presente em todos os ambientes, independentemente de qualquer condição pessoal ou social.

Dentre os vários públicos que sofrem algum tipo de violência, encontra-se a mulher. A violência contra a mulher se apresenta de diferentes formas e contextos, e uma delas tem sido bastante presente e pouco identificada: a violência obstétrica.

Compreendida como uma forma de violência institucional e de gênero, essa prática é um problema recorrente na atenção à mulher durante a gestação, parto e/ou pós-parto. De acordo com a legislação argentina e venezuelana, a violência obstétrica caracteriza-se através de tratamento desumanizado, abuso de medicação, interferência do profissional da saúde no corpo e processo reprodutivo feminino, resultando, assim, na perda de autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo, implicando em consequências negativas na sua qualidade de vida.

Embora o termo violência obstétrica seja pouco conhecido entre a população, esse ato ocorre com frequência no cotidiano das parturientes. Segundo Oliveira et al. (2017), denota-se que a maioria das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência durante o seu trabalho de parto.

Através de relatos de mulheres que foram submetidas a tratamento desumano em diversos momentos, seja do pré-natal, parto, pós-parto e até de abortamento, percebe-se que a violência obstétrica está se apresentando como um óbice à concretização dos direitos humanos fundamentais defendidos universalmente e na Constituição Federal brasileira de 1988.

Nessa perspectiva, o objetivo do presente trabalho é fazer um deslinde jurídico da violência obstétrica através da análise comparativa da legislação referente a essa temática no âmbito de alguns países da América do Sul, com destaque para o Brasil. Assim também como caracterizar essa violência; analisá-la como um impasse a concretização dos direitos constitucionais da mulher e apresentar como ela é abordada na legislação de alguns países sul-americanos.

Para tanto, problematiza-se: como é vista a violência obstétrica no Brasil, através dos projetos de legislação em trâmite, defronte à legislação de países sul americanos em que o tema já possui regulamentação?

A temática trabalhada justifica-se pela relevância em abordá-la como uma das problemáticas a serem tratadas hodiernamente, tanto no aspecto de humanização como no legal, devido ao fato de que a violência obstétrica traz consequências de ordem física, psicológica e até sexual para a mulher e constitui uma violação à sua autonomia e aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Nessa esteira, faz-se necessário o conhecimento dessa modalidade de violência, para enfrentá-la e garantir os direitos humanos fundamentais das mulheres.

Para o desenvolvimento do estudo em tela foi utilizado como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa, através do método de abordagem dedutivo e como técnica de pesquisa a revisão bibliográfica de forma argumentativa sobre o assunto em evidência, bem como do estudo da legislação pertinente ao assunto, além da verificação de artigos científicos e relatos pessoais compilados em pesquisas institucionais.

O primeiro capítulo faz uma breve abordagem sobre os direitos fundamentais desde sua concepção histórica de surgimento, conceituação e evolução, até sua positivação na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em seguida, como fruto do desenvolvimento desses direitos no pós-constituição, também são abordados os direitos da mulher e sua inegável relevância nos dias atuais. Para concluir este capítulo é explanada a violência contra a mulher com base na historicidade e na legislação relacionada ao tema.

Na sequência, o segundo capítulo versa essencialmente sobre a violência obstétrica, destacando a historicidade do parto, no que se refere a composição do cenário do parto desde as primeiras civilizações, passando pelo modelo “autossuficiente” dessa era; o modelo assistencialista até o modelo de parto “industrializado”. Ademais, retrata a instituição da obstetrícia e a conseqüente perda de autonomia e protagonismo da mulher na cena do parto. Por conseguinte, é qualificada a violência obstétrica e suas formas de manifestação, apresentando breves relatos de experiência de mulheres vítimas dessa violência.

Posteriormente, o terceiro capítulo trata da violência obstétrica como causa jurídica. Nele é elencando o tratamento legal que é atribuído a esse tipo de violência nos países da América do Sul onde a prática é regulamentada: Venezuela e Argentina. Como também são analisados os Projetos de Leis brasileiros, ainda em tramitação, que buscam humanizar a assistência à mulher e erradicar a violência obstétrica, concluindo com uma análise comparativa entre essas legislações, apontando suas singularidades e similaridades.

Por fim, conclui-se com uma análise crítica sobre as características das legislações comparadas, especialmente no que tange à legislação brasileira e os direitos fundamentais consagrados na Carta Magna de 1988.

## **2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO**

Os direitos fundamentais dizem respeito a uma gama de direitos substanciais a todos os cidadãos, ou seja, aqueles inerentes à pessoa humana. Nesse sentido, é inegável a importância de sua evolução e positividade no ordenamento jurídico brasileiro. A Constituição Cidadã brasileira de 1988 foi bastante inovadora ao romper antigos paradigmas, principalmente em relação à igualdade de gênero e proteção aos direitos da mulher.

Dessa forma, dada a relevância do texto constitucional vigente, é mister analisar os principais marcos históricos dos direitos fundamentais a fim de compreender sua incorporação à Constituição Federal de 1988, especialmente no que tange à mulher na sua atual concepção.

### **2.1 Abordagem histórica dos direitos fundamentais no cenário mundial**

A relação entre direitos humanos e direitos fundamentais é indispensável. Para muitos essas expressões são sinônimas, porém, há diferenças, haja vista que direitos humanos seria gênero, enquanto que direitos fundamentais, portanto, seria espécie.

Para a corrente jusnaturalista, os direitos humanos originam da própria pessoa humana, por serem intrínsecos a essa espécie.

Pérez Luño (1988, citado por Piovesan 2013, p. 69), afirma que:

Os direitos humanos surgem como um conjunto de faculdades e instituições que, em cada momento histórico concretizam as exigências de dignidade, liberdade e igualdade humana, as quais devem ser reconhecidas positivamente pelo ordenamento jurídico, nos planos nacionais e internacionais.

Nesse sentido, compreende-se que os direitos fundamentais surgem quando positivados, isto é, quando são inseridos num ordenamento jurídico hábil a proporcionar as garantias constitucionais de um Estado de Direito.

Nessa esteira, menciona Sarlet (2012, p. 18):

[...] o termo “direitos fundamentais” se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto aspiram à validade universal,

para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional).

Portanto, denota-se que a expressão Direitos Humanos corresponde ao momento em que esses direitos surgiram ou foram reconhecidos pela sociedade de forma geral e os Direitos Fundamentais dizem respeito às garantias, ou seja, a efetivação desses direitos.

Isto posto, o grande filósofo político Bobbio (1992, p. 8), em sua obra “A Era dos Direitos”, menciona:

Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

Nesse sentido, afirma Bobbio (1992, p. 12) que os direitos do homem passaram e ainda passam por um constante processo de modificação, consoante a mudança das condições históricas, isto é, das necessidades e dos interesses, das formas acessíveis para realizá-los, das mudanças técnicas, e assim por diante.

Esse pensamento traduz que a construção da vida humana em sociedade constitui-se através de um longo caminho trilhado, com transformações de cunho político, social, econômico e religioso. Assim, para se compreender o cenário atual é extremamente relevante compreender o percurso histórico até chegar ao estágio corrente. Nessa perspectiva, é imprescindível o estudo do arcabouço histórico dos direitos fundamentais para elucidar sua afirmação no sistema jurídico.

Por serem direitos relativos ao reconhecimento e respeito à dignidade de todos os indivíduos, os direitos fundamentais são de maior importância dentre os direitos positivados em um ordenamento jurídico. Contudo, a conquista e o reconhecimento desses direitos não ocorreram de imediato, de modo que foi preciso muita luta para sua efetivação.

Na visão de Morais (2011, p. 14), a origem dos direitos individuais do homem data do ano 3000 a.C, no antigo Egito e Mesopotâmia, onde já se vislumbravam mecanismos de proteção para os indivíduos contra o Estado. Dessa forma, considera o Código de Hamurabi como, possivelmente, o primeiro documento a dedicar um rol de direitos comuns a todos os homens, como vida, honra, propriedade, dignidade, família e supremacia da lei no tocante aos governantes.

O Código de Hamurabi foi um conjunto de leis criadas no século XVIII a.C, na região da Mesopotâmia, pelo rei Hamurabi. Esse diploma era baseado na Lei de Talião, famosa pelo provérbio “olho por olho, dente por dente”, cujo lema era a rigorosa correspondência da pena

para o crime. O texto era composto por 282 artigos e regulava a vida e a propriedade de todos os súditos do império.

Embora a implacável rigorosidade de retaliação, na opinião de Cabette e Vergal (2013) o Código de Hamurabi representava, de fato, um avanço para a época, posto que significava uma forma de limitação legal aos possíveis arbítrios dos governantes, obstando aplicação de penas abusivas.

Por conseguinte, surgiram na Grécia - de forma organizada, porém ainda distante da concepção atual - diversos estudos abordando a necessidade de liberdade e igualdade do homem, evidenciando as previsões de participação política dos cidadãos na democracia direta de Péricles. Todavia, pode-se considerar que os primeiros escritos tutelando os direitos individuais originou-se com a Lei das Doze Tábuas, estabelecida no Direito romano, dando início aos textos consagradores da liberdade, propriedade e proteção aos direitos dos cidadãos (MORAES, 2011).

Já no período da Idade Média, conforme elenca Moraes (2011), embora a sociedade fosse estratificada, baseada na relação de subordinação entre servo e senhor, em muitos documentos jurídicos era reconhecida a existência de direitos humanos fundamentais, com o objetivo comum de limitar o poder estatal.

Reconhecida a importância de tais documentos, que a sua época já constituía um mecanismo de proteção aos direitos fundamentais, mesmo que de forma incompleta, outras codificações marcaram a evolução histórica desses direitos na história da humanidade e por isso devem ser analisadas.

Dentre os primeiros documentos sobre direitos humanos fundamentais, merece destaque a Magna Carta (*Magna Charta Libertatum*) de João Sem-Terra, outorgada em 1215 na Inglaterra (MORAES, 2011). Mesmo tendo sido outorgado, esse documento, reconhecido como Constituição por alguns doutrinadores, estabeleceu certos limites ao poder absoluto e algumas garantias individuais.

Ademais, também merece destaque a Petição de Direitos (*Petition of Rights*), de 1628. Esse documento foi destinado ao monarca e elaborado pelos membros do parlamento que reivindicavam o reconhecimento de diversos direitos e liberdades aos súditos. Na realidade, os direitos e liberdades que pleiteavam já estavam previstos na própria Magna Carta, então, a petição pedia apenas sua observância (SILVA, 2014).

Outro documento inglês de importante repercussão foi o *Habeas Corpus Act*, de 1679. Conforme Silva (2014), esse documento teve como finalidade reforçar os pedidos de liberdade, de modo que se consubstanciou numa sólida garantia de liberdade individual.

Outrossim, dada a grande contribuição dos referidos diplomas para o surgimento e desenvolvimento dos direitos fundamentais, a Declaração de Direitos (*Bill of Rights*) decorrente da Revolução de 1688 (Revolução Gloriosa), nos dizeres de Silva (2014), foi o documentos de maior importância para a época.

Esse documento resultou da abdicação do rei Jaime II e foi outorgado pelo príncipe de Orange, simbolizando uma grande restrição ao poder do Estado ao prever em suas regulamentações a solidificação do princípio da legalidade, de forma a restringir o poder real de suspender a execução das leis sem o consentimento do parlamento, além de outras importantes regulamentações. Contudo, embora representasse um avanço aos direitos fundamentais da pessoa humana, o *Bill of Rights* negava a liberdade e igualdade religiosa ao proibir de forma expressa que as pessoas participassem ou comungassem da Sé e Igreja de Roma ou professassem a religião papista, senão seriam excluídos e incapacitados de possuir, herdar ou ocupar qualquer poder ou autoridade régia seja na Inglaterra, na Irlanda ou em territórios sob seus domínios (MORAES, 2011).

Na América do Norte, o movimento de emancipação dos Estados Unidos da América deu margem à criação de documentos substanciais à evolução dos direitos fundamentais. São eles: a Declaração de Direitos de Virgínia e a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América, ambas de 1776; e a Constituição dos Estados Unidos da América, de 1787. Esses documentos reuniam os três elementos essenciais, assim considerados por Dimitri Dimoulis e Leonardo Martins, para garantir os direitos fundamentais.

Os autores Dimoulis e Martins, em sua obra “Teoria Geral dos Direitos Fundamentais” (2014), trazem uma crítica à visão continuísta do direito sobre o surgimento dos direitos fundamentais. Segundo eles, para que se possa falar em direitos fundamentais é necessário verificar a existência de três requisitos essenciais: Estado; Indivíduo e Texto normativo regulador da relação entre Estado e indivíduos.

O elemento “Estado” (especialmente o Estado moderno): diz respeito à ferramenta de poder centralizado, efetivamente capaz de controlar um território e estabelecer suas decisões através da Administração Pública, tribunais, polícia, forças armadas e aparelhos de educação e propaganda, cujo poder em face do indivíduo limita-se nos direitos fundamentais. O segundo elemento, “indivíduo”: considerado enquanto “ser moral, independente, autônomo e, destarte (essencialmente) não social” Dumont (1991, citado por DIMOULIS; MARTINS, 2014, p. 29), é aquele que vive nas sociedades capitalistas e cujos direitos são reconhecidos perante o Estado e a sociedade. Por fim, o elemento “texto normativo regulador da relação entre Estado e indivíduos”: trata da Constituição em sentido formal, que garante determinados direitos



fundamentais ao mesmo tempo em que limita o Estado de violar as garantias, liberdades individuais (DIMOULIS; MARTINS, 2014).

Aduz Silva (2014, p. 79) que “a primeira declaração de direitos fundamentais, em sentido moderno, foi a Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia, que era uma das treze colônias inglesas na América”.

Ainda, segundo Silva (2014), a Declaração de Virgínia consolidou as bases dos direitos do homem com destaque para o princípio da legalidade, princípio do juiz natural e imparcial, devido processo legal, liberdade de imprensa e religiosa. Teve como inspiração a Declaração de Independência dos EUA, as teorias de Locke, Rousseau e Montesquieu.

Por conseguinte, foi aprovada a Constituição dos EUA na Convenção de Filadélfia, em 1787. Inicialmente ela não enunciava direitos fundamentais do homem, contudo, essa omissão foi suprida pelas dez primeiras Emendas à Constituição Federal, em 1791, que contemplaram direitos de liberdade de religião, de manifestação de pensamento, direito de voto às mulheres, igualdade perante a lei, propriedade individual, entre outros (DIMOULIS; MARTINS, 2014).

Contudo, a consagração normativa dos direitos fundamentais só ocorreu efetivamente em 1789, na França, com a promulgação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, pela Assembleia Constituinte. Com 17 artigos, ela contemplou, entre suas previsões, “princípio da igualdade, liberdade, propriedade, segurança, resistência à opressão, associação política, princípio da legalidade princípio da reserva legal e anterioridade em matéria penal, princípio da presunção e inocência; liberdade religiosa, livre manifestação de pensamento” (MORAES, 2011, p.17).

Além disso, completa Moraes (2011) que essa efetivação dos direitos fundamentais perdurou durante o constitucionalismo liberal do século XIX, tendo como principais exemplos a Constituição espanhola de 1812 (Constituição de Cádiz), a Constituição portuguesa de 1822, a Constituição belga de 1831 e a Declaração francesa de 1848.

No século XX foi a vez das constituições baseadas na defesa social. Moraes (2011) destaca como as principais: a Constituição mexicana de 1917, a Constituição de Weimar de 1919, a Declaração Soviética dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado de 1918, em seguida, no mesmo ano, a primeira Constituição da União Soviética e a Carta do Trabalho editada pelo Estado Fascista italiano em 1927.

No final da primeira metade do século XX, em 1948, ainda abaladas com a Segunda Guerra Mundial, sob a perspectiva de novas ideologias para construir um mundo melhor, as nações firmaram um documento delineando direitos humanos básicos. Denominado de Declaração Universal dos Direitos Humanos, esse documento foi bastante importante no

período pós-guerra, pois tinha como objetivos incentivar a paz, a democracia e a defesa dos direitos humanos.

De acordo com Piovesan (2013), sobre o valor jurídico da Declaração Universal, por ter sido adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas como uma resolução (nº. 217 A III), não possui força de lei. Porém, mesmo desprovida de normatividade, a Declaração tem sido adotada como fonte de interpretação autorizada dos direitos humanos, adquirindo assim força jurídica vinculante.

Diante desse cenário de desenvolvimento e evolução dos direitos fundamentais, cumpre trazer à baila a Teoria das Gerações de Direitos Fundamentais, cujo objetivo é organizá-los de acordo com seu contexto histórico de surgimento e finalidade.

Inicialmente essa teoria estabelecia três gerações clássicas de direitos. Hodiernamente já se conta com seis gerações de direitos, que serão brevemente analisadas.

O professor George Marmelstein relata em sua obra “Curso de Direitos Fundamentais” (2014, p.30, “grifos do autor”) que o jurista Karel Vasak formulou essa teoria, que mais tarde ficou conhecida como “teoria das gerações dos direitos”, inspirado na máxima da Revolução Francesa, da seguinte maneira:

a) primeira geração dos direitos seria a dos direitos civis e políticos, fundamentados na liberdade (**liberté**), que tiveram origem com as revoluções burguesas; b) a segunda geração, por sua vez, seria a dos direitos econômicos, sociais e culturais, baseados na igualdade (**égalité**), impulsionada pela Revolução Industrial e pelos problemas sociais por ela causados; c) por fim, a última geração seria a dos direitos de solidariedade, em especial o direito ao desenvolvimento, à paz e ao meio ambiente, coroando a tríade com a fraternidade (**fraternité**), que ganhou força após a Segunda Guerra Mundial, especialmente após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948.

Os direitos de primeira geração dizem respeito às liberdades públicas, civis e direitos políticos. Requerem um dever de prestação negativa por parte do Estado, ou seja, de nada fazer, de respeitar as liberdades do homem. Têm como titular o indivíduo e prezam pela igualdade formal. Os direitos à vida, à liberdade de locomoção, liberdade de opinião, à propriedade, dentre outros, são exemplos de direitos de primeira geração.

A segunda dimensão de direitos fundamentais, portanto, aponta uma intervenção estatal, isto é, uma prestação positiva. Essa geração trata dos direitos sociais, econômicos e culturais e luta pela igualdade material, a igualdade em sentido real. Como exemplos, podem-se citar os direitos à saúde, ao trabalho, assistência social, à educação, entre outros.

A terceira dimensão clássica consagra o princípio da fraternidade e representa a evolução dos direitos fundamentais para proteger direitos difusos e transindividuais de uma

sociedade moderna, organizada. São exemplos os direitos ao desenvolvimento, à paz, à comunicação, autodeterminação dos povos e meio ambiente ecologicamente equilibrado.

As seguintes gerações dizem respeito aos novos direitos resultantes da globalização e da pós-modernidade. São frutos de doutrina mais teórica e contemporânea que ainda não foram incorporadas em sua totalidade aos instrumentos constitucionais.

A quarta geração de direitos engloba os avanços tecnológicos, a ciência e o biodireito; enquanto a quinta aborda a paz mundial. Por fim, a sexta geração versa sobre a água potável, pois, em virtude da má distribuição, esse elemento ainda não está disponível em todos os países.

O termo “geração” é criticado por muitos doutrinadores, por exemplo, Dimoulis e Martins (2014). Para eles, o termo transmite a ideia de substituição de uma geração por outra, sendo que, na verdade, o intuito é apenas organizar os direitos fundamentais conforme suas características e propósitos. Para tanto, sugere a utilização do termo “categorias” ou “espécies”.

Ressalte-se haver entendimentos no sentido de que a expressão mais adequada é “dimensão” de direitos, pois, não existe uma sucessão de direitos, na realidade todos coexistem atualmente.

Diante do exposto, pode-se verificar como ocorreu o processo de evolução dos direitos fundamentais no âmbito internacional e sua influência na organização das sociedades ao longo da história, importando em reformas e litígios sociais.

Dada a inegável relevância dos direitos fundamentais para valorar a humanidade hodierna, importante é também sua abordagem no cenário nacional para que se possa compreender como se deu sua asserção na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

## **2.2 Inserção dos direitos fundamentais na Constituição brasileira de 1988**

A Constituição Federal brasileira em vigor foi promulgada em 05 de outubro de 1988 e representou um marco na transição do regime ditatorial, de 1964, para o regime democrático, principalmente por consolidar a tutela aos direitos humanos. Parâmetro de validade para todas as espécies normativas do ordenamento jurídico, a Constituição é a Lei suprema e fundamental do Estado.

O constituinte originário utilizou-se de diversas expressões para se referir a esses direitos na CRFB/88, como: “direitos sociais e individuais” no Preâmbulo; “direitos e

garantias fundamentais” no Título II e no artigo 5º, § 1º; “direitos e liberdades constitucionais”, também no artigo 5º, inciso LXXI; “direitos da pessoa humana”, como um dos princípios constitucionais sensíveis de observância obrigatória nas constituições estaduais, no artigo 34, inciso VII, alínea ‘b’; “direitos e garantias individuais”, como uma das cláusulas pétreas no artigo 60, § 4º, inciso IV, entre outras (DIMOULIS; MARTINS, 2014).

Cumprido esclarecer que tais termos possuem significados distintos no desenvolvimento do constitucionalismo mundial. Isso decorre das várias teorias que buscam elucidar a natureza jurídica dos direitos humanos fundamentais. Dentre elas, destacam-se a teoria jusnaturalista, a teoria positivista e a teoria moralista ou de Perelman.

A teoria jusnaturalista, segundo Dimoulis e Martins (2014), baseia-se na premissa de que os direitos fundamentais são inerentes ao homem, ou seja, são característicos de sua natureza, o que implica estarem em um grau superior de importância. Já para a teoria positivista, “somente seriam direitos humanos fundamentais aqueles expressamente previstos no ordenamento jurídico positivado” (MORAES, 2011, p. 23). Por sua vez, a teoria moralista ou de Perelman “encontra a fundamentação dos direitos humanos fundamentais na própria experiência e consciência moral de um determinado povo, que acaba por configurar o denominado *espíritus razonables*” (MORAES, 2011, p. 23).

Contudo, independentemente da terminologia utilizada para caracterizar os direitos fundamentais, é inegável que eles trazem intrinsecamente atributos próprios que os qualifica como extremamente importantes e os sobrepõem no ápice da Carta Magna de 1988.

A CRFB/88 instituiu os Direitos e Garantias fundamentais como gênero, do qual são espécies: os direitos e deveres individuais e coletivos (artigo 5º); direitos sociais (artigo 6º a 11); nacionalidade (artigos 12 e 13); direitos políticos (artigo 14 a 16); e partidos políticos (artigo 17) (MORAES, 2011).

O primeiro capítulo, que corresponde aos direitos individuais e coletivos, trata dos direitos relativos ao conceito de pessoa humana e sua personalidade própria. O capítulo referente aos direitos sociais aborda as liberdades positivas, indispensáveis em um Estado Social de Direito, com a finalidade de concretizar a igualdade social. Já o terceiro capítulo versa sobre direitos de nacionalidade, aqueles que dizem respeito ao componente pessoal do Estado, aos sujeitos de direitos e obrigações. Quanto aos direitos políticos, este capítulo traz as regras para o exercício da soberania popular. Por fim, a quinta espécie dos direitos e garantias fundamentais encontra-se no capítulo dos partidos políticos, que aborda os direitos relacionados à existência, organização e participação em partidos políticos.

Ademais, é importante elencar que os direitos fundamentais possuem diversas características que o colocam “em elevada posição hermenêutica em relação aos demais direitos previstos no ordenamento jurídico” (MORAES, 2011, p. 29).

O referido autor elenca oito características dos direitos fundamentais, são elas: imprescritibilidade, esses direitos não se desfazem pelo decurso do tempo; inalienabilidade, esses direitos não são transferíveis; irrenunciabilidade, eles não podem ser renunciados; inviolabilidade, eles não podem ser desrespeitados por norma infraconstitucional ou ato de autoridade pública; universalidade, esses direitos são adstritos a todos os indivíduos, independentemente de qualquer condição; efetividade, embora previstos constitucionalmente, esses direitos necessitam de atuação do Poder Público para garantir sua efetivação; interdependência, esses direitos não são autônomos, mas sim, interligados; complementariedade, os direitos fundamentais devem ser interpretados de forma conjunta, para alcançar os objetivos previstos pelo constituinte.

Destarte, pode-se compreender que o advento da Constituição Federal de 1988 foi um momento histórico, pois ela veio com a missão de rechaçar estigmas e consolidar as garantias fundamentais. Também, além de fortalecer os direitos sociais, em especial o direito à saúde, e, como consequência lógica, o direito à vida, esta Constituição foi audaz em avançar na defesa dos direitos da mulher, fazendo valer sua participação.

### **2.3 Os direitos da mulher na Constituição de 1988**

A Constituição Federal brasileira de 1988 é um marco na conquista de direitos fundamentais, especialmente no que tange aos direitos das mulheres. Esse instrumento buscou consagrar de forma igual direitos e deveres entre homens e mulheres, inovando o ordenamento jurídico brasileiro.

Conforme Rodrigues e Cortês (2006, p. 14), a “constituição acolheu a ampla maioria das demandas dos movimentos de mulheres e é uma das mais avançadas no mundo”. Dessa forma, a Constituição Cidadã incorporou as conquistas das mulheres obtidas no passado, o que simbolizou um triunfo para o movimento feminista.

As mulheres tiveram uma participação muito importante no processo constituinte, causando grande repercussão na história política e jurídica do país. Em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, com a máxima “Constituinte pra valer tem que ter palavra de mulher”, criou a campanha Mulher e Constituinte que foi amplamente divulgada e impulsionou diversos debates entre mulheres no Brasil todo. Essa campanha ensejou a

elaboração da “Carta da Mulher Brasileira aos Constituintes” que foi entregue ao Congresso Nacional em 1986, conforme aduz Monteiro (1998, citado por BARRETO, 2010, p.1).

Apesar da árdua e contínua luta pela igualdade de direitos, percebe-se que, dentre os princípios constitucionais, o de maior peso é o da igualdade formal, previsto no caput do artigo 5º, que estatui a igualdade de todos perante a lei, sem distinções de qualquer natureza.

Considerando o desdobrar histórico, a igualdade formal não era efetivamente capaz de propiciar as condições de igualdade a todos. Como consequência, desenvolveu-se, na época dos movimentos e revoluções sociais, a igualdade material. A partir dessa ideia, passou-se a entender a igualdade não somente como tratamento previsto em lei, mas sim como uma atuação estatal necessária para garantir, de fato, aos cidadãos, igualdade de acesso aos direitos, diante das diversas realidades sociais (ALMEIDA, 2013). Desta feita, a atuação estatal passou a ser no sentido de tratar os desiguais de forma desigual, na medida de suas desigualdades, para então promover a equidade, que, em suma, significa uma igualdade mais justa.

Nesse sentido, considerando a história de luta da mulher, Almeida (2013) elenca que para que ela consiga alcançar a igualdade realmente, é primordial que o direito compreenda a figura feminina em seus diversos aspectos.

No bojo dessa discussão, é salutar elencar algumas das principais disposições constitucionais que objetivam estabelecer essa igualdade, como: o artigo 7º, inciso XXX, que proíbe a diferença salarial, de função e de critérios de admissão por motivo de sexo; e o inciso XVIII, também do artigo 7º, que prevê a licença à gestante por um período maior que o da licença paternidade. Ainda destaca-se a regra do regime de previdência do artigo 40, § 1º, inciso III, alíneas *a* e *b*, como também a regra do regime geral de previdência social estabelecida no artigo 201, § 7º, incisos I e II, que atribuem tratamento diferente à mulher no momento de se aposentar, reduzindo o tempo necessário para isso.

A legislação infraconstitucional também permeou a igualdade nos seus textos. A título de exemplo tem o Código Civil de 2002 que atribuiu tratamento diferenciado à mulher em diversos dispositivos, fazendo valer o conceito de igualdade material. Bem como a Lei 11.340/06 (recentemente alterada pela Lei 13.505/2017), fruto de anos de luta de uma guerreira que deu nome à esta lei: Maria da Penha. A lei Maria da Penha trata sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher, sobretudo no que diz respeito a prevenção e erradicação da violência de gênero, além da repressão.

No âmbito internacional a garantia de direitos das mulheres também foi protegida pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização dos Estados Americanos (OEA).

A Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, organizada pela ONU e ratificada pelo Brasil em fevereiro de 1984, assegurou garantia de forma diferente para as mulheres, levando em conta sua vulnerabilidade social como consequência das relações desiguais de poder ao longo da história, além de instituir o comitê “CEDAW” para monitorar a implementação da Convenção (FERRAZ, et al., 2013). Nessa perspectiva, denota-se que a Convenção foi responsável por formular um novo parâmetro mundial de direitos para as mulheres, marcando esse avanço de emancipação dos velhos paradigmas que pregavam a inferioridade feminina em relação à superioridade masculina.

Embora a previsão constitucional seja de coibir a desigualdade de gênero, isso ainda não foi totalmente efetivado, pois a violência contra a mulher é uma forma de manifestação dessa desigualdade, o que acontece cotidianamente na sociedade, contribuindo para o desequilíbrio de poder entre mulheres e homens.

#### **2.4 O fenômeno da violência contra a mulher**

A violência sempre foi algo presente em todo o mundo, fato este que ocorre de diversas maneiras, diferenciando-se apenas conforme a cultura de cada local na qual está inserida (RIBEIRO; COUTINHO, 2011).

A igualdade de gênero é uma temática bastante discutida no mundo todo, contudo, a desigualdade entre homens e mulheres ainda é latente, tanto no Brasil como em países afora, o que se evidencia pelo índice de violência contra a mulher.

O Mapa da Violência 2012 aponta o percentual de 92 mil homicídios femininos praticados no Brasil entre 1980 e 2010. Ainda aponta que a taxa de incidentes que ocorreram na residência é de 14,3% para homens e de 41% para as mulheres. Isso demonstra que grande parte dos homicídios foram praticados por alguém próximo da mulher, que provavelmente convivia com ela.

Nessa esteira, também elenca Waiselfisz (2012), que no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foram registrados no ano de 2011, 70.270 atendimentos às mulheres decorrentes de violência doméstica, sexual e outras violências, no qual 70,8% aconteceram em suas residências, confirmando assim, o lugar onde mais se gera a violência contra as mulheres.

Conforme Costa et al. (2011), constata-se que cada vez mais as mulheres integram os números de vítimas de violência doméstica, tendo a figura do cônjuge como principal agressor.

A violência contra a mulher constitui um dos principais problemas presentes na sociedade e que afetam os direitos humanos, sendo necessária uma maior atenção, pois é algo bastante corriqueiro, tolerado e não relatado pela vítima, já que a mesma procura esconder de todas as pessoas de seu convívio essa situação, devido o desejo de manter sua família (OLIVEIRA, 2012).

Por ser bastante ampla, a violência contra a mulher inclui vários tipos, como a violência doméstica, que pode se manifestar de forma física, psicológica, sexual, moral e patrimonial; abuso; exploração sexual; assédio moral; violência obstétrica, entre outros.

Segundo Carvalho et al. (2012), essa violência merece destaque a partir do Brasil colônia, com a escravidão, pois as mulheres eram propriedades dos senhores dos engenhos, e por eles eram espancadas e violentadas. Por conseguinte, as mulheres continuavam a serem marginalizadas e tinham como obrigação viverem às ordens do marido, sofrendo com as desigualdades e violências.

Dessa forma, a mulher era vista como um objeto à disposição do marido e do lar, desprovida de qualquer desejo, esquecida enquanto mulher, até por ela mesma que não vislumbrava alternativa em meio aos costumes da época.

Parte integrante do contexto histórico da humanidade, a violência contra a mulher varia de acordo com as situações (RANGEL; OLIVEIRA, 2010) e é designada como um problema social da civilização, cujo surgimento se dá através das relações que se estabelecem a partir da origem da família patriarcal, envolvendo gênero, educação e sociedade (ALBUQUERQUE et al., 2013).

No Brasil, as denúncias contra esse tipo de agravo começaram realmente a existir na segunda metade do século XX, quando ganhou destaque após ser denunciada pelo Movimento Feminista, o qual se configurou como importante impulsionador de lutas e discussões acerca do enfrentamento do problema (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Com o decorrer do tempo elas partiram em busca da independência, com o intuito de conquistar seu espaço e isso possibilitou mudanças em sua vida, mas, em contrapartida, apesar das conquistas alcançadas, ainda assim continuam protagonistas da triste realidade, que é a violência, cenário que ocorre até os dias atuais (SANTOS; MORÉ, 2011).

Portanto, pode-se compreender que a violência contra a mulher é um fenômeno complexo, enraizado na desigualdade de gênero, e que deixa marcas na vida de quem a vivencia. Ela representa um atraso ao desenvolvimento dos direitos da mulher e tem se mostrado de diversas formas na sociedade, apresentando-se cada vez mais notória a violência obstétrica.



### 3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como citado, a violência contra a mulher é algo culturalmente enraizada na sociedade. Ela se manifesta das mais diversas formas, tendo em comum a estigmatização da mulher como a parte vulnerável e desmerecida.

Pauta de movimentos sociais, a violência obstétrica é uma prática que vem sendo reconhecida pela sociedade, através de relatos de severas ocorrências que afetam as mulheres de forma física, sexual e psicológica.

Essa violência põe em xeque os direitos constitucionais observados, como o direito à vida, à saúde, e etc, assim como os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Dessa forma, para melhor compreensão do assunto, é mister analisar o que se entende por violência obstétrica, iniciando pelos deslindes históricos do parto para então alcançar como essa violência se estabeleceu.

#### 3.1 Abordagem histórica do parto

O parto é um evento fisiológico do corpo humano, considerado um dos momentos de maior realização para muitas mulheres. Esse evento provoca diversas mudanças no corpo feminino, que vão desde transformações físicas a psicológicas, em razão da elevada carga hormonal que esse processo gera.

A mulher na sua concepção fisiológica só foi objeto de estudo da medicina após o Renascimento, movimento cultural, econômico e político da história europeia que marcou a fase de transição dos valores e tradições medievais para um mundo totalmente novo de ascensão da burguesia.

A conceituação da mulher na ideia iluminista baseava-se exclusivamente na determinação biológica, tendo como centro o útero e os fenômenos fisiopatológicos, principalmente a gravidez e o parto (MARTINS, 2005).

Segundo Martins (2004, p. 40):

Os tratados de obstetrícia dos séculos XVIII e XIX dedicaram muitos capítulos aos problemas que ocorriam nos dois momentos (a gravidez e o parto), além do fato de que a obstetrícia tornou-se uma especialidade médica a partir da experiência dos cirurgiões em atender somente a partos complicados, o que explica o grande interesse pela patologia dos partos.

A obstetrícia começou a se desenvolver entre os séculos XVIII e XIX através de publicações científicas sobre gravidez e parto e da experiência médica adquirida com partos complicados. Essa praxe da presença do médico apenas em partos difíceis, contribuiu para o surgimento da especialidade médica em obstetrícia.

Ademais, a referida autora também elenca que:

Os manuais de partos que surgiram nos séculos XVI na Europa testemunham o interesse de alguns cirurgiões pela obstetrícia, recuperando a tradição médica greco-romana e divulgando os conhecimentos obstétricos que haviam caído no esquecimento durante a Idade Média (MARTINS, 2004, p. 70).

Com o fenômeno do iluminismo, o corpo da mulher, em seu caráter patológico, despertou a curiosidade médica, de forma que resultou no objeto de estudo de físicos e médicos, culminando em descobertas científicas que contribuíram para melhor assistência médica, principalmente em relação ao parto.

A obstetrícia como especialização médica só surgiu nas faculdades de medicina da Europa a partir do século XIX, tendo como premissas: a mulher como objeto de estudo dos médicos e a associação imprescindível entre a clínica e a cirurgia (MAIA 2010), de forma a superar a estrutura tripartite da medicina composta por físicos, cirurgiões e boticários ou apotecários (COELHO, 1999).

Por conseguinte, explica Martins (2004, p. 76) o surgimento da figura do médico obstetra:

Cada vez mais presentes ao lado das parturientes, os médicos tornaram-se especialistas não só do parto, mas também da gravidez, do puerpério, da saúde e das doenças dos recém-nascidos, associando a experiência aos conhecimentos científicos produzidos nas principais faculdades de medicina europeias; assim, formou-se um novo especialista no século XIX: o obstetra.

Embora os estudos científicos acerca dos fenômenos naturais que ocorrem no corpo da mulher datem do iluminismo, a obstetrícia como especialidade médica de formação acadêmica só surgiu séculos depois, mais propriamente no século XIX, como elencado.

Nos primórdios da humanidade, as mulheres para dar à luz se isolavam dos demais da comunidade, seguindo apenas seus instintos. Quando as próprias mulheres passaram a assistir umas às outras no momento do parto, deu origem ao parto assistencial, ensejando um processo de desenvolvimento de estudos sobre o parto (HANAMI, 2006).

Esse modelo de parto assistencial, em que a parturiente conta com a ajuda de alguém no momento de parir, perdura até os dias de hoje, inicialmente com a figura da parteira.

Durante um longo período da história, as mulheres davam à luz em suas residências e contavam com a ajuda de outras mulheres mais próximas como parentes, vizinhas, amigas ou de parteiras, mulheres leigas, em termos clínicos, mas reconhecidas pela experiência e competência para esse momento.

No momento do parto, a parturiente ficava isolada com a parteira e não era permitido ao homem assistir ao parto, pois na época considerava-se moralmente inadequado o homem presenciar esse evento em que a mulher estava despida e com os órgãos genitais à mostra, segundo explica Nogueira (2015).

Conforme elenca Arsie (2015, p. 33), “no Brasil, por todo o século XIX o parto foi uma atividade própria das parteiras”. O médico só era requisitado ocasionalmente, em casos de partos complicados, mas o poder de decisão durante o parto continuava sendo da parturiente e de sua família (HELMAN, 2003).

Dessa forma, o cenário do parto tinha como figura central a parturiente e a parteira que lhe assistia, de forma que a figura do médico, via de regra, não fazia parte desse cenário, exceto quando fosse extremamente importante naquela situação.

A presença do médico na realização de partos se consolidou a partir da criação de instrumentos próprios para tal procedimento, principalmente com o surgimento das maternidades - hospitais específicos para realizar parto -, que se iniciou no final do século XIX e consolidou-se na metade do século XX. A partir daí o parto foi se transformando em um evento controlado pelos médicos, abolindo-se gradativamente do cenário domiciliar.

De acordo com Chacham (1999, citado por Maia, 2010, p.42):

Um dos eventos mais importantes na mudança da lógica da atenção ao parto e nascimento, resultante do avanço da medicalização do parto, é a institucionalização do parto no ambiente hospitalar. Até meados do século XIX, gravidez e parto eram acontecimentos da esfera privada, partilhados por mulheres no espaço doméstico.

Com isso, o parto deixava de ser uma experiência íntima e familiar, para ser uma prática médica, estabelecida no ambiente hospitalar.

Durante as primeiras décadas do século XX, o parto era feito com as mulheres inconscientes, sob total sedação, conhecido como “sono crepuscular” (*twilight sleep*), através de uma injeção de morfina no início do trabalho de parto para que elas não sentissem dor. Essa prática teve início na Europa e nos Estados Unidos, fazendo sucesso entre médicos e mulheres da elite. Entretanto, devido ao alto índice da taxa de mortalidade materna, essa prática de parto instrumental com sedação foi abandonado (DINIZ, 2005).

Posteriormente, na segunda metade do século XX, o modelo dominante de parto foi o hospitalar ou institucionalizado, em que as mulheres, no momento de dar à luz, ficavam conscientes, mas imobilizadas com as pernas abertas e levantadas.

Essa institucionalização do parto teve como marco a Segunda Guerra Mundial, mais propriamente o pós-guerra e, além de propiciar segurança à mulher para parir, em razão da assepsia e do uso de anestesia, as maternidades - hospitais tinham o fito de criar um espaço de ensino e prática da medicina.

Segundo Odent (2003), fazendo um paralelo com a industrialização da agricultura, a invenção de aparelhos, de técnicas de anestesia e a participação do médico obstetra no parto foram primordiais para a eclosão do fenômeno denominado “industrialização do parto”. Nele, a parturiente era apenas uma paciente e não tinha o que fazer, o poder de decisão agora era do médico, que controlava o processo de parir, através de procedimento cirúrgico.

Com o rápido desenvolvimento do parto industrializado, a figura da parteira, *sage-femme* na França, foi perdendo espaço. Na Grã-Bretanha, em 1902, por exemplo, foi instituída a Lei das Parteiras, para, teoricamente, estabelecer uma relação simbiótica entre parteiras e médicos. No entanto, o real objetivo dessa lei era extinguir a profissão de parteira, pois elas concorriam com os médicos pela clientela, o que indignava a classe médica, principalmente porque lhe causava um impacto econômico e porque as parturientes que procuravam parteiras para parir eram na maioria pobres e poderiam servir de cobaias para aqueles que estavam ingressando na medicina obstétrica (INSTITUTO NASCER, 2014).

Outro fato que contribuiu para extinção das parteiras foi a perseguição que sofriam pela Igreja medieval, que as consideravam feiticeiras e bruxas, associando-as até ao infanticídio e ao aborto (ROHDEN, 2001). Os médicos juntamente com o Estado difundiram a ideia de que parteira era sinônimo de sujeira, e que não estavam em pé de igualdade quanto ao gênero, classe e raça em relação à figura do médico (TORNQUIST, 2002).

A institucionalização e a industrialização do parto, através da medicalização, como o uso da anestesia, juntamente com a cesariana e o uso do fórceps (instrumento criado para extrair bebês nos casos de parto complicado que implicasse risco de morte para mãe ou para o bebê), estava associada à ideia de modernidade, segurança e ausência de dor.

A mudança do parto assistido pelas parteiras e realizado em domicílio, para o parto ‘industrializado’, realizado no ambiente hospitalar por uma equipe médica que tinha a sua disposição uma gama de instrumentos cirúrgicos, medicamentos e equipamentos tecnológicos, equiparando-se a uma linha de montagem, como um processo mecânico, teve como principal consequência a modificação da visão do parto, em que o protagonismo deixou

de ser da mulher e passou a ser do obstetra, aquele que detinha as técnicas e informações necessárias para o momento.

Essa forma emergente de assistência medicalizada e hospitalar do parto, em que a autoridade e poder de decisão estavam centrados no médico e não na paciente, passou a ser denominada de modelo tecnocrático, possuindo como características singulares a valorização excessiva da tecnologia e a objetificação da paciente.

O modelo tecnocrático trouxe mudanças significativas para a cena do parto, como a posição da mulher durante o trabalho de parir que antes era sentada e agora passou a ser deitada, de forma a viabilizar um melhor ângulo de visão ao médico para conduzir o processo, nomeada por Martins (2005) de “obstetrícia ocular”. Essa posição um tanto desconfortável, antagônica ao processo natural do parto, veio como consequência direta da medicalização do parto que imobilizava a mulher, não deixando outra alternativa a não ser deitá-la.

O parto cesariano é o padrão da assistência tecnocrática. Além da posição deitada, o uso de anestesia impossibilita a parturiente de colaborar direta e energeticamente no parto, deixando o processo por conta do médico que se utiliza de técnicas agressivas como a “manobra de Kristeller”, medida que está sendo abolida da literatura obstétrica e do ambiente hospitalar. Ademais, a posição deitada obstaculizava a descontração muscular do períneo, o que exigia ao médico imprimir a técnica de episiotomia nos partos vaginais (DINIZ e DUARTE, 2004).

Nesse contexto de predominância do parto hospitalar e ‘industrializado’, a consequente perda da autonomia da mulher durante o trabalho de parto até mesmo no pós-parto, transformou esse momento em um evento desconhecido e assustador para elas.

Conforme explica Cordeiro (2016), embora a mãe seja a responsável por trazer o bebê ao mundo, essa concepção que foi se construindo ao longo do tempo, a partir da intervenção do obstetra, de que o médico é o responsável por realizar o parto, culminou na prática corriqueira de violência obstétrica, através do exagero de medicalização o que implica em intervenções cirúrgicas desnecessárias e até arriscadas.

### **3.2 Conceituação da Violência Obstétrica**

Devido ao uso irracional da tecnologia no parto, os efeitos danosos foram maiores que os benéficos. Isso deu ensejo a um movimento de âmbito internacional, há mais de duas décadas e que perdura até hoje, cujo objetivo é eleger a tecnologia apropriada, estimular a melhor relação entre a parturiente e seus cuidadores, além de desencorajar o uso de tecnologia

lesiva ao parto. Esse movimento é denominado de formas diferentes em diversos países, e no Brasil é denominado, genericamente, de humanização do parto (DINIZ, 2005).

Elenca Diniz (2015) que a humanização do parto é tema de abordagem em diversos movimentos sociais no Brasil, e em âmbito internacional, que lutam por uma assistência à saúde da mulher de forma integral. Isso também contribuiu para instigar políticas públicas de saúde reprodutiva no Brasil e uma análise da legislação sobre assistência ao parto, sob a ótica de gênero e direitos humanos fundamentais da mulher.

A Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), tratado internacional aprovado em 1979 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, promulgado no Brasil pelo Decreto nº 4.377/2002, define discriminação contra a mulher em seu artigo 1º, como sendo:

Toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

Já a violência contra a mulher, por sua vez, é conceituada pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, adotada em 9 de junho de 1994, em seu artigo 1º, como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Estabelece ainda que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica, tanto em âmbito doméstico quanto público, até as praticadas pelo Estado e seus agentes.

O Dossiê Parirás com Dor, elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012, p.29), cita que “a violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e de violação sistemática de seus direitos humanos, que mostra de forma dramática os efeitos da discriminação e subordinação da mulher por razões de gênero na sociedade”.

Nesse sentido, com base nos conceitos citados, a violência obstétrica tem sido compreendida como uma violência institucional e de gênero, tendo em vista a forma como as mulheres são tratadas pelos profissionais da saúde que por terem o conhecimento da ciência, “controlam” os corpos e a sexualidade das pacientes, através de violência física, verbal, da discriminação racial, da negligência profissional, excesso de medicação e procedimentos

desnecessários durante o trabalho de parto e após o parto (DINIZ; CHACHAM, 2006; AGUIAR, 2010).

De acordo com Nogueira e Severi (2016, p. 4), a violência obstétrica “está diretamente relacionada à história do parto na medicina ocidental e se fez mais recorrente, sobretudo, após a inserção da prática obstétrica na medicina”.

Dessa forma, com base no exposto, compreende-se que a violência obstétrica está enraizada na história do parto na medicina, mais propriamente com a eclosão da obstetrícia como prática médica.

Isto posto, entende-se por violência obstétrica qualquer conduta do profissional da saúde no tocante ao corpo e aos métodos reprodutivos femininos, externado por meio de uma atenção insensível, excesso de procedimentos intervencionistas, medicalização e mutação dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ et al., 2012).

A violência obstétrica também é definida pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo - conforme conceituação dada pelas leis venezuelanas e argentinas, onde essa violência é tipificada - como uma modalidade de violência contra a mulher que se caracteriza pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, ocasionando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

A Rede Parto do Princípio (2014, p. 11), uma das organizações mais influentes sobre o tema, também define o que é violência obstétrica:

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero.

“Desde os tempos bíblicos a dor tem sido associada à parturição, obrigando a parturiente a suportá-la e aceitá-la” (ANDRADE; AGGIO, 2014, p.1). A passagem bíblica de Gênesis, capítulo 3, versículo 16, retrata esse enredo em que Eva ao provar do fruto proibido da árvore da Ciência do Bem e do Mal e depois dar para seu esposo Adão também provar e pecar, recebe de Deus a punição da intensificação da dor do parto:

E, vendo a mulher que aquela árvore era boa para se comer, e agradável aos olhos, e árvore desejável para dar entendimento, tomou do seu fruto, e comeu, e deu também a seu marido, e ele comeu com ela. (Gênesis 3: 6)

E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua concepção; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará. (Gêneses 3: 16).

A Sagrada Escritura traz a dor da concepção como castigo para a mulher, pelo pecado original cometido por Adão e Eva que separou a humanidade de Deus. De acordo com Andrade e Aggio (2014, p. 2): “A replicação deste pensamento no arcabouço histórico e cultural da sociedade leiga e de profissionais de saúde expõe a mulher à violência obstétrica e de gênero, sendo a dor inerente à experiência da maternidade”.

Nos Estados Unidos, a violência obstétrica foi apresentada em 1950, através de uma matéria intitulada “Crueldade nas Maternidades”, publicada pela revista *Ladies Home Journal*, cujo público alvo era especialmente as donas de casa. Nesse sentido, afirma Diniz (2015, p.2):

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

No continente europeu, essa temática ganhou notoriedade em 1958, propriamente no Reino Unido, a partir da criação da Sociedade para Prevenção da Crueldade Contrás as Grávidas.

Em 1970, foi publicado um dos primeiros livros que abordava a discussão sobre o corpo da mulher, que estava sendo objeto de lutas feministas na Europa e nos Estados Unidos da América naquela época, intitulado “*Our bodies, Ourselves*”, cuja abordagem buscava desvendar a medicina de forma a atribuir à mulher autossuficiência para realizar escolhas sobre cuidados com a saúde, sexualidade e reprodução, fazendo relação entre a saúde da mulher e os direitos sociais e de saúde.

Na América Latina, as discussões sobre a violência obstétrica tiveram início na década de 90. Em 1998 no Peru, foi publicado, pelo Centro Latino-Americano dos Direitos da Mulher, o relatório “*Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud*”. Tal relatório teve suas conclusões embasadas em análise de casos, testemunhos e entrevistas que identificaram a prática de violência física, psicológica e sexual, e contra a saúde reprodutiva e do planejamento familiar.



No cenário nacional, por sua vez, o precursor da abordagem sobre violência obstétrica foi o livro “Espelho de Vênus – Identidade social e sexual da mulher”, do Grupo Ceres, segundo Diniz (2015). Publicada em 1981, a obra é fruto de uma pesquisa realizada pela Fundação Carlos Chagas, com base em depoimentos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos e fez uma “etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta” (DINIZ, 2015, p.2).

Na década de 1980 a violência obstétrica já era abordada em meio a políticas públicas de saúde, como no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que identificava a existência de tratamento inapropriado e, às vezes, até agressivo na atenção à saúde da mulher.

A implantação do PAISM, em 1983, deu início a uma nova fase na saúde da mulher e simbolizou o desenvolvimento de práticas educativas na prestação de saúde, devendo abordar cuidados com o corpo de forma a garantir a autonomia da mulher (SOUTO, 2009).

Todavia, embora de grande importância, a implementação do PAISM não aconteceu de forma efetiva no território nacional. Nesse sentido, afirma Diniz et al. (2015, p.2) que:

Ainda que o tema estivesse na pauta feminista e mesmo na de políticas públicas, foi relativamente negligenciado, diante da resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda dos movimentos, e do problema da falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais. Mesmo assim, a violência obstétrica esteve presente em iniciativas como as capacitações para o atendimento a mulheres vítimas de violência, como nos cursos promovidos a partir de 1993 pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP. A partir deste projeto, foi publicado um pequeno manual sobre o tema.

Contudo, na década de 90 o PAISM ganhou impulso beneficiando ações relativas à saúde materna e fortalecendo assim a questão reprodutiva.

Os vários estudos realizados no Brasil, a partir do início deste século, passaram a documentar como são rotineiras as discriminações e tratamento desumano na assistência ao parto. Isso influenciou a pesquisa e produção acadêmica sobre a formação dos profissionais.

Atualmente, além da expansão do interesse sobre o tema nas universidades, as reflexões acerca da violência obstétrica no Brasil ganharam mais destaque com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC (Serviço Social do Comércio) em 2010. A referida pesquisa identificou que uma em cada quatro mulheres já sofreram violência obstétrica. Cerca de 25% das mulheres entrevistadas sofreram alguma agressão durante a gestação, pré-natal ou no parto, e 23% informaram ter ouvido frases ofensivas (VENTURI et al., 2010).

Outras instituições também vêm destacando violência sofrida pelas mulheres durante o parto, como a Rehuna – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento; a Rede Parto do Princípio, responsável pelo Dossiê “Parirás com dor” para a CPMI de Violência Contra as Mulheres e a ONG Artemis, Associação Civil que tem como fito erradicar a violência contra mulher durante o parto, recentemente reconhecida internacionalmente como a organização que mais tem trabalhado em defesa dos direitos das mulheres (SOUSA, 2015).

### **3.3 Formas caracterizadoras de violência obstétrica**

O Dossiê Parirás com Dor, da Rede Parto do Princípio (2012, p.60), para elucidar o tema, define os atos caracterizados da violência obstétrica como: “[...] todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”.

Ademais, elenca que tais atos podem ser de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático, podendo ainda, em um mesmo fato, ocorrer várias formas de violência obstétrica.

Cumprindo observar que a violência obstétrica engloba diversas formas de ações, que vai desde a gestação, o pré-parto, o durante e o pós-parto, e ocorre em razão da fragilidade técnica da parturiente em relação à equipe médica e hospitalar nesse modelo de parto institucionalizado, ofendendo, inegavelmente, os direitos fundamentais da mulher, como a vida, a saúde reprodutiva e sexual, e a dignidade da pessoa humana.

Contudo, em que pese a relevância desse tema, o presente trabalho, em virtude de sua natureza, restringir-se-á a abordar apenas as principais formas caracterizadoras da violência obstétrica: a física, sexual, psicológica e institucional.

#### **3.3.1 Procedimentos de caráter físico**

Segundo definição dada pelo Dossiê Parirás com Dor (2012, p. 60), a violência obstétrica de caráter físico configura-se em “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”. Como a nomenclatura já indica, é aquela que atinge diretamente o corpo da mulher, através de atos sem qualquer respaldo científico que legitime sua necessidade, causando-lhe sofrimento e danos físicos.

Outrossim, o Dossiê cita como exemplos mais comuns: o uso do fórceps, a contenção de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina (medicamento que age no estímulo das contrações rítmicas do útero durante o parto e após o parto), cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

O fórceps é uma ferramenta cirúrgica que surgiu no século XVI e auxilia na retirada do feto da barriga mãe. Todavia, esse instrumento é rechaçado por muitos profissionais, pois pode lesionar a mãe e o bebê.

Dentre esses, um dos procedimentos mais prejudiciais e dolorosos para a mulher é a Manobra de Kristeller, pois consiste em pressionar a parte superior do útero para facilitar e acelerar a saída do bebê no parto normal, o que pode causar lesões graves, como deslocamento de placenta, fratura de costelas e traumas encefálicos.

De acordo com Reis (2005, citado por Parto do Princípio, 2012, p. 105): “a manobra de Kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente”. Esse procedimento é classificado pelo Ministério da Saúde como uma das práticas prejudiciais e ineficazes que devem ser eliminadas do parto.

No que tange ao procedimento da cesariana eletiva sem indicação clínica, esta consiste na escolha pelo parto cesariano sem necessidade prévia demonstrada no quadro clínico da parturiente. Um estudo publicado pela revista *The Lancet* (2018), aponta a América Latina como a região com maior índice de cesáreas, cerca de 44,3% dos nascimentos em 2015.

Na Argentina, por exemplo, de acordo com o “*El parto es nuestro*”, a estimativa de cesarianas nas instituições públicas é de aproximadamente 30% e de 60% a 70% na esfera privada.

Segundo pesquisa publicada pela Agência Nacional de Saúde em 2015, o parto cesariano aumenta em aproximadamente 120 vezes as chances de o recém-nascido adquirir problemas de saúde respiratórios, além de aumentar até o triplo o risco de morte para a mãe, haja vista que o parto cirúrgico ocasiona maior perda de sangue, risco de infecção e incidentes com a anestesia.

A referida pesquisa também apontou que 50% dos partos no Brasil são cesarianas, com destaque para o percentual de 40% na rede pública e 84,60% na assistência privada. Esse índice é motivo de preocupação, pois coloca o país como líder no ranking mundial de partos cesarianos e distante do recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Além disso, deve-

se levar em conta, além da saúde e vida da mãe, a saúde e a vida do bebê, que corre riscos ao passar por esses procedimentos.

Relatos de mulheres em trabalho de parto demonstram a forma como foram submetidas a esses procedimentos:

Duas pessoas subiram em cima da minha barriga para o bebê nascer (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 105).

Meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 120).

“Se você não quiser, você pode ir lá ter seu filho no plantão do SUS pra você ver o que é bom.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 122).

“Tive minha primeira filha muito nova e só depois entendi que sofri violência obstétrica. A enfermeira quase subiu em cima de mim para ‘facilitar’ a saída. Pedi para ficar de cócoras e não deixaram, mandavam eu parar de gritar. Já o Theo [1 ano] tive em casa, com a ajuda de uma doula, como eu sonhava. A decisão sobre o parto, seja natural ou cesárea, é nosso direito. E tem que ser respeitada.” (CAROLINIE FIGUIEREDO, atriz, em entrevista à revista Marie Claire).

Os relatos demonstram de forma clara a indiferença da equipe hospitalar com a parturiente, colocando em risco a sua saúde e a do bebê. Esses procedimentos a que foram submetidas constituem violência obstétrica de caráter físico, e até mesmo psicológico, ferindo direitos fundamentais constitucionalmente garantidos e contrariando diretamente as indicações da Resolução 36/2008 da ANVISA, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

### 3.3.2 Procedimentos de caráter sexual

A violência obstétrica de caráter sexual é realizada através de procedimentos impostos à mulher que agridem sua intimidade e pudor, interferindo no seu juízo de integridade sexual e reprodutiva, com ou sem acesso às partes íntimas do seu corpo. São exemplos: a episiotomia; o assédio; exames de toque invasivos, constantes ou agressivos; lavagem intestinal; cesariana sem consentimento informado; ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado; imposição da posição supina para dar à luz; exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Merece especial destaque o procedimento da episiotomia, pois, embora todos sejam agressivos à sexualidade da parturiente, este é o mais invasivo.

A episiotomia é definida, segundo Sousa (2015, p. 15), como um procedimento cirúrgico que “consiste num corte da musculatura perineal da vagina até o ânus ou em direção à perna, com o intuito de aumentar a área de acesso do obstetra ao canal vaginal de parto”.

Tal procedimento, conhecido também como mutilação genital ou “pique”: “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).

Essa cirurgia, que muitas das vezes é realizada sem anestesia, foi proposta por Sir Fielding Ould, em seu livro *Treatise of Midwifery*, e o termo criado por Carl Von Braun em 1857. Inicialmente só era indicada em partos difíceis, o que era eventual, porém, posteriormente passou a ser usada rotineiramente, sob a justificativa de prevenir trauma perineal, morbidade e mortalidade infantil, tornando-se uma conduta convencional e integralmente aceita.

De acordo com Carvalho et al. (2010), esse procedimento foi difundido pelas principais escolas de medicina, embora não possuísse base científica que justificasse sua eficiência. Contudo, havia pesquisadores que discordavam de tal procedimento, entre eles Tchaker e Banta, que publicaram em 1983 um estudo comprovando que a episiotomia aumenta o risco de lesão, infecção, dor e maior probabilidade de desenvolver incontinência urinária.

A partir daí muitas pesquisas a respeito do tema foram se desenvolvendo e, em 1993, na Argentina, foi feito um ensaio clínico que comparou a episiotomia necessária e a rotineira, concluindo que a prática não fazia jus aos benefícios que lhe eram atribuídos e assim pugnando pelo seu abandono.

O Centro Latino-Americano de Perinatologia realizou um estudo em 122 hospitais da América Latina e constatou um percentual de 92,3% de episiotomia dos 94.472 partos naturais em mulheres que estavam dando à luz pela primeira vez, entre 1995 e 1998 (CARVALHO et al., 2010).

Com o alarmante índice de procedimentos de episiotomia, a Organização Mundial da Saúde publicou em 1996 um guia prático de assistência ao parto que recomendava a realização dessa técnica apenas em situações de extrema necessidade, como no caso de sofrimento fetal, e restringiu o seu uso para o percentual de 10%. Esse manual teve como base uma pesquisa inglesa de 1984, em que se constatou que 10% das episiotomias realizadas eram totalmente desnecessárias.

Apesar do limite estipulado pela OMS, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil” (2014), o índice de episiotomia no país é de cerca de 53,2% dos partos naturais.

Ademais, verifica-se ainda que:

No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80).

Importante ressaltar que esse procedimento além dos riscos à saúde da mulher, compromete o seu prazer sexual e é considerado não só uma forma de violência obstétrica de caráter sexual, mas também de caráter físico e psicológico, razão pela qual deve limitar-se apenas às situações extremamente necessárias.

O Dossiê Parirá com Dor (PARTO DO RINCÍPIO, 2012) apresenta relatos de mulheres indignadas que foram submetidas a esse procedimento, sem sequer serem informadas:

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

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 (p. 83).

Depois que ela nasceu que eu soube que me cortaram. Eu não queria ter uma seqüela sexual do parto. Já se passaram 3 anos e ainda sinto dor para ter relação (p. 102).

O médico fez manobra de Kristeller, empurrando minha barriga para baixo. Me fizeram episiotomia sem ao menos perguntar se eu permitia ou me explicar o motivo do procedimento. Eu me senti extremamente mal e vulnerável por não ter entendido nada do que aconteceu comigo. Minha filha nasceu mal e ficou internada por uma semana. Nunca soube o motivo. Ninguém nunca me explicou nada sobre o parto e sobre o porquê da minha filha ficar internada. Eu nunca mais quis ter filhos (p. 105 a 106).

Pautada na confiança da relação médico – paciente, a mulher ao sofrer esse tipo de violência encontra-se em um momento de vulnerabilidade, em que não vislumbra chance de se defender. Submetem-se a esses procedimentos sem noção dos riscos e agressões a que estão sendo expostas, confiando no julgamento do profissional da saúde, que é quem detém o conhecimento técnico e científico que o qualifica para realizar tais procedimentos.

### 3.3.3 Procedimentos de caráter psicológico

A violência obstétrica de caráter psicológico configura-se como toda ação, seja ela verbal ou comportamental, que provoque na paciente sensação de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, engano, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

São exemplos: “Ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Via de regra, esse tipo de violência decorre do relapso profissional da equipe hospitalar, da falta de esclarecimento e do desprezo para com a parturiente, como também da efetuação de procedimentos de caráter físico ou sexual que deixam sequelas psicológicas, muitas das vezes irreversíveis.

A Rede Parto do Princípio (2012) também compilou relatos de mulheres que sofreram com a violência obstétrica de caráter psicológico:

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

A médica plantonista que estava no dia que minha filha nasceu, me atendeu ali... como se eu fosse um pedaço de carne de açougue que o açougueiro corta, pesa e vende... sem ao menos olhar na cara de seu cliente (p. 134)

Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga! (p. 135).

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

Essas situações são marcadas pela insensibilidade do médico e demais profissionais que atendem as mulheres no pré-parto, parto e pós-parto, demonstrada através do tratamento hostil que conferem a elas.

Cabe evidenciar que, na maioria das vezes, esse tipo de violência não ocorre isoladamente, mas sim acompanhadas de intervenções que constituem violência obstétrica de caráter físico e sexual.

### 3.3.4 Procedimentos de caráter institucional

Por sua vez, a violência obstétrica sob o caráter institucional, segundo o Dossiê Parirás com Dor (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61), configura-se 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”.

Como exemplos dessa forma de violência obstétrica, a Rede Parto do Princípio (2012, p. 61) cita:

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, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Com o atual cenário da prática médica obstétrica do país, marcado pela indiferença dos profissionais no pré-parto, parto e pós-parto, verifica-se uma afronta à gama de direitos conferidos à mulher. Dentre esses direitos, merece destaque, dentro da temática abordada, o direito à saúde e aquele que é condição *sine qua non* para o exercício dos demais direitos, o direito à vida.

Em virtude da sua extrema relevância, o direito à saúde é um direito fundamental e social previsto no texto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, nos artigos 196 a 200.

Nessa perspectiva, o princípio da dignidade da pessoa humana esculpido no inciso III do art. 1º da CRFB/88, também confere à mulher a garantia de atendimento e tratamento de saúde seguro, livre de qualquer tratamento desumano e degradante.

Por conseguinte, o direito à saúde em consonância com o princípio da dignidade, embasam os direitos reprodutivos e sexuais da mulher. Nesse sentido, os procedimentos invasivos habituais a que são submetidas as parturientes interferem na sua autonomia sobre sexualidade e reprodução, configurando-se uma violência obstétrica.

Cumprir trazer à baila outro direito da gestante, previsto em lei federal, que constantemente é violado pelas maternidades e hospitais em geral: o direito a acompanhante.



O direito de ter um acompanhante está assegurado pela Lei 11.108/2005, que garante à gestante um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e pós-parto, nos hospitais do Sistema Único de Saúde e conveniados. A lei também confere ao acompanhante o direito a acomodação e às principais refeições enquanto a parturiente estiver internada. Contudo, embora a perspicácia da lei, simbolizando um marco no reconhecimento de bem-estar da parturiente, ela foi relapsa em não estipular uma punição a que não cumprir ou impedir o seu cumprimento.

## **4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAUSA JURÍDICA**

A violência é um fato global que atinge todos os países, desde os menos desenvolvidos, os emergentes, às superpotências. Ela se manifesta em diversos segmentos e sob todas as formas, causando uma preocupação na população, que se utiliza das leis para tentar coibi-la e evitar o aumento de sua incidência.

Um tipo de violência que já existe há bastante tempo, porém, apenas há alguns anos vem se tornando conhecida da população, é a violência obstétrica. Essa violência aflige os direitos da mulher e tem ganhado foco em muitas discussões político-sociais, já sendo tipificada na legislação de alguns países.

### **4.1 Tratamento legal dado à violência obstétrica na América do Sul**

A América do Sul é um subcontinente que acolhe 6% da população mundial. Segundo Ely (2017), para a Revista IHU on-line (Instituto Humanitas Unisinos), a América Latina é o lugar mais violento para nascer.

O empoderamento feminino, em termos de saúde sexual e reprodutiva, ainda é uma questão pendente na porção sul do continente americano, sendo que dentre os países que a compõem, destaca-se a Venezuela e a Argentina por possuírem legislação sedimentada acerca da violência obstétrica.

#### **4.1.1 Tratamento legal na Venezuela**

A Venezuela, oficialmente República Bolivariana da Venezuela, foi o primeiro país sul americano a definir legalmente a violência obstétrica e tipificá-la como delito. Isso ocorreu com a promulgação da Lei 38.668 em 23 de abril de 2007.

Intitulada como “Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência” (VENEZUELA, 2007), ela tem como objetivo, estabelecido no artigo 1º, prevenir, tratar, punir e erradicar a violência contra as mulheres em suas diversas modalidades, proporcionando condições eficazes para garantir e promover os direitos femininos.

Composta por 123 artigos e sete disposições transitórias, ela é norteadada pelos princípios orientadores estatuidos no artigo 2º e além de elencar os direitos que protege, ainda apresenta mecanismos para fazer valer esses direitos.

Em seu artigo 15, a lei venezuelana estabelece, dentre as dezenove formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica, definindo-a como:

(...) a apropriação do corpo e processo reprodutivo das mulheres pelo profissional de saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, acarretando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

No que diz respeito às políticas públicas de prevenção e atenção a violência contra a mulher, a lei traz, no capítulo IV, um leque de atribuições aos ministérios e obrigações estatais para assegurar os direitos e garantias nela consagrados. Dentre elas, destaca-se a atribuição dos Ministérios da Educação e Esporte, disposto no artigo 24 que aduz como dever desses ministérios:

(...) incorporar nos planos, projetos e programas de estudo, em todos os níveis e modalidades, conteúdos, visando transmitir aos alunos, professores e pessoal administrativo, os valores do igualdade de gênero, respeito, tolerância mútua, autoestima, compreensão, a solução pacífica do conflitos e preparação para a vida familiar e cidadã, com direitos e obrigações domésticas compartilhados entre homens e mulheres e, em geral, igualdade de condições entre homens e mulheres, meninos e meninas e adolescentes. Da mesma forma, os ministérios com competência em matéria de educação e desporto, tomará as medidas necessárias para excluir do currículo, textos e materiais de apoio, todos esses estereótipos, critérios ou valores que expressam qualquer tipo de discriminação ou violência contra o mulheres (VENEZUELA, 2007).

Em âmbito Federal, confere ao Poder Executivo, juntamente com os órgãos estaduais e municipais, no artigo 29, a coordenação do estabelecimento de unidades especializadas para a prevenção da violência, bem como centros de atendimento e tratamento de mulheres vítimas.

Ao tipificar a violência obstétrica como crime, a lei venezuelana definiu no artigo 51 os atos considerados delituosos:

Consideram-se atos constitutivos de violência obstétrica os efetuados por profissional da saúde, consistentes em: 1 - Não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas. 2 - Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo meios necessários para a realização do parto vertical. 3 - Impedir a permanência do recém-nascido com a mãe, sem causa médica justificada, negando-a a possibilidade de carregá-lo e amamentá-lo imediatamente ao nascer. 4 - Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. 5 - Praticar o parto por via cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher (VENEZUELA, 2007).

Em seguida, para completar, o referido dispositivo legal comina a pena de multa para penalizar o profissional que praticá-los:

Em tais casos, o tribunal deve impor ao responsável ou a responsável uma multa de duzentas e cinquenta (250 U.T.) a quinhentas unidades tributárias (500 U.T.), devendo remitir cópia autenticada da sentença condenatória ao respectivo colégio ou instituição profissional, para efeitos de procedimento disciplinar correspondente (VENEZUELA, 2007).

Denota-se que o legislador foi bastante consistente na sua pretensão de coibir e erradicar a violência obstétrica, assim como as demais modalidades de violência contra a mulher, tipificando-as como crime e cominando as respectivas penas de forma rigorosa para efetivar o objetivo da lei.

Além da responsabilidade criminal, prevê ainda a reparação civil da mulher vítima de qualquer tipo de violência prevista na lei, aplicando ao agressor o pagamento de uma indenização pelos danos causados, como também tratamento médico ou psicológico. Se a mulher falecer em decorrência dos danos suportados, a compensação então irá para seus herdeiros, conforme dispõe o artigo 61.

Destarte, conclui-se que a Lei 38.668/07 (VENEZUELA, 2007) é um diploma que reflete a preocupação governamental em propagar a temática da violência contra a mulher e torná-la mais cognoscível para a população, por isso, apresenta um texto bastante didático e completo. E, por possuir o caráter de lei orgânica, com características de progressividade, ela é dotada de supremacia.

#### 4.1.2 Tratamento legal na Argentina

A violência obstétrica na Argentina é algo latente. De acordo com o “1º Índice Nacional de Violência Machista” (2016), pesquisa que analisou em detalhe as formas de violência contra mulheres e mulheres trans, impulsionada pelo lema “*Ni una menos*”, 77% das entrevistadas afirmaram ter sofrido alguma forma de violência obstétrica. Dentre os tratamentos hostis, ressaltam abuso físico, verbal e falta de informações.

Essa forma de violência foi contemplada no país a partir da promulgação da Lei nº 26.485, em 1º de abril de 2009, com vistas a promover a proteção dos direitos humanos das mulheres. Contudo, antes desta lei, já havia no país a Lei nº 25.929 – Lei do Parto Humanizado, de 17 de setembro de 2004, que, embora não conceituasse a violência obstétrica, detalhava e especificava os direitos da mulher em relação à gravidez, parto e pós-parto.

Cabe destacar, primeiramente, alguns aspectos da Lei do Parto Humanizado (Lei 25.929/04). Ela traduziu a intenção do legislador de preparar o país para uma legislação futura que protegesse as mulheres contra os diversos tipos e modalidade de violência, estreitando laços entre o governo e a sociedade para conscientização sobre o tema.

Os direitos da gestante, da parturiente e da puérpera, na Lei do Parto Humanizado (ARGENTINA, 2004), estão elencados no artigo 2º que estabelece: o direito de ser informada sobre as diferentes intervenções médicas que podem ocorrer durante o processo de parturição, para que tenha o livre arbítrio de escolher, quando houver alternativas; ser tratada com respeito e de forma individualizada, de acordo com seus padrões culturais; de ser tratada como pessoa sã, de forma a facilitar seu protagonismo no próprio parto; respeitar o processo biológico e psicológico da mulher no parto natural, evitando manobras invasivas e medicação que não seja necessária pelo estado de saúde da parturiente ou da criança; de receber informações sobre a evolução do seu parto e estado de saúde do(a) recém-nascido (a); de não ser submetida a exame cuja finalidade seja investigar, exceto se tiver consentido por escrito e aprovado por um Comitê de Bioética; de ter um acompanhante de sua confiança durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; de ter o filho (a) consigo durante a permanência na unidade de saúde; de ser informada sobre os benefícios da amamentação, sobre cuidados de si e da criança; e de ser informada sobre os efeitos danosos do tabaco, álcool e drogas sobre o bebê e sobre si.

Composta por oito artigos, essa lei aplica-se tanto ao setor público de saúde quanto ao privado e, além dos direitos da gestante, ela também determina os direitos do(a) recém-nascido(a), em seu artigo 3º, como: o direito de ser tratado de forma respeitosa e digna; de ser identificado de forma inequívoca; de não ser submetido a exame ou intervenção como objeto de pesquisa ou ensino, salvo com autorização expressa dos seus representantes legais, mediante aprovação do Comitê de Bioética; que, em caso de internação, seja junto com a mãe e que dure o mínimo possível; e o direito dos seus pais receberem assessoramento e informações adequadas sobre cuidados com o crescimento e desenvolvimento, bem como plano de vacinação (ARGENTINA, 2004).

Ademais, ela ainda prevê os direitos dos pais do recém-nascido em situação de risco, evidenciando sobre a necessidade de receber informação compreensível, suficiente e contínua, em ambiente adequado, sobre o quadro evolutivo da saúde do filho (a), inclusive diagnóstico, prognóstico e tratamento; o acesso contínuo à criança, desde que a situação clínica o permita, como também participar das tomadas de decisões, dando consentimento por escrito para as

intervenções a que a criança for submetida, entre outras determinações contidas no artigo 4º da lei.

Cumprir elenar que o descumprimento dos preceitos estatuídos na lei em comento, seja por profissionais de saúde e seus colaboradores ou pelas instituições prestadoras de serviços, configura falta grave e poderá gerar sanção, sem prejuízo da responsabilidade civil e/ou criminal correspondente, conforme previsão no artigo 6º.

A violência obstétrica é reconhecida propriamente pela Lei nº 26.485 de 2009 – Lei de proteção integral às mulheres, para prevenir, sancionar, e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que desenvolvem suas relações interpessoais.

Essa lei conceitua a violência contra a mulher em seu artigo 4º e em seguida especifica as formas que se enquadram nesse tipo de violência, sendo elas: violência física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial e simbólica. Também elenca as diversas modalidades como ela pode se manifestar, como: violência doméstica, violência institucional, violência laboral contra as mulheres, violência contra a liberdade reprodutiva, violência obstétrica e violência midiática.

No que diz respeito à violência obstétrica, a Lei 26.485/09 (ARGENTINA, 2009) a conceitua no seu artigo 6º, alínea “e”, como: “aquela que exerce o profissional da saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres expressadas em um trato desumano, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, em conformidade com a Lei 25.929”.

Nessa esteira, a referida lei estipula a adoção de medidas necessárias para garantir direitos iguais entre homens e mulheres, com o fito de rechaçar a continuidade e consolidação dos tipos e modalidades de violência elencados. Para tanto, determina que as medidas devem ser articuladas conjuntamente pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário em âmbito nacional e provincial, orientados pelos princípios elencados no artigo 7º da lei (ARGENTINA, 2009).

Em relação à promoção de políticas públicas, estabelece que o Conselho Nacional da Mulher será o responsável por garantir a realização dos objetivos da lei, estipulados no artigo 9º. Ademais, prevê que o Estado deverá desenvolver ações prioritárias, de forma coordenada com os diferentes Ministérios e Secretarias do Poder Executivo Nacional, jurisdições provinciais e municipais, universidades e organizações da sociedade civil. Assim, incumbe ao Ministério de Saúde da Nação (artigo 11, 4.- *Ministerio de Salud de la Nación*, ARGENTINA, 2009) além de outras regulamentações, a tarefa de elaborar protocolos específicos para a detecção precoce e cuidados de todos os tipos e modalidades de violência contra as mulheres, principalmente nas áreas de atenção primária à saúde, ginecologia,

obstetrícia, dentre outras, especificando o procedimento que deve ser observado para o atendimento das vítimas, salvaguardando a privacidade da pessoa assistida e promovendo uma prática médica não sexista.

Em relação ao Ministério da Justiça, Seguridade e Direitos Humanos da Nação (artigo 10, 5.- *Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación*, ARGENTINA, 2009), dentre suas atribuições, destaca-se a de promover instâncias de intercâmbio e articulação com o Supremo Tribunal de Justiça da Nação de forma a incentivar os diferentes níveis do Poder Judiciário a formação específica referente ao assunto da violência contra a mulher.

A Lei 26.485 (ARGENTINA, 2009), em seu artigo 35, também se preocupou em conferir à mulher vítima de violência a oportunidade de pleitear judicialmente a reparação civil pelos danos experimentados, de acordo com as normas que disciplinam a matéria.

Além da via judicial, a vítima pode utilizar da via administrativa para fazer reclamação diretamente à Defensoria, que terá o dever de averiguar a ocorrência de violência obstétrica na instituição indicada, podendo ainda realizar inspeção no local denunciado.

#### **4.2 Tratamento Legal da violência obstétrica no Brasil**

A República Federativa do Brasil é o maior país da América do Sul e apesar da recomendação da Comissão de Peritos do MESECVI aos Estados Partes da Convenção de Belém do Pará para adotar disposições que criminalizam a violência obstétrica, o Brasil está entre os países da região que não possuem legislação específica acerca da violência obstétrica.

Atualmente o Brasil conta com três Projetos de Lei, em tramitação na Câmara dos Deputados, que tratam essencialmente sobre a violência obstétrica. O primeiro a ser apresentado foi o PL nº 7.633/2014 de autoria do Deputado Federal Jean Wyllys, em 29 de maio de 2014. Recentemente, em 2017, mais dois Projetos de Lei foram apresentados: PL nº 7.867, de autoria da Deputada Federal Jô Moraes, e o PL nº 8.219 do também parlamentar Francisco Floriano.

Urge analisar cada um desses projetos, iniciando pelo mais antigo: o PL nº 7.633/2014 proposto por Jean Wyllys, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, abordando também expressamente o tipo de violência em questão: a violência obstétrica.

Esse Projeto de Lei é composto por quatro títulos, distribuído em 31 artigos: I - Diretrizes e princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e

puerpério; II - Erradicação da violência obstétrica; III - Controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas; IV – Disposições gerais.

O título I define o alcance da assistência humanizada; em seguida trata sobre os princípios dessa assistência no parto e nascimento; os direitos da mulher no ciclo gravídico, parto e puerpério, inclusive o direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, que deverão conter as disposições de sua vontade; procedimentos obrigatoriamente sujeitos à justificativa clínica, com a devida anotação no prontuário; e a vedação a determinados procedimentos.

A violência obstétrica é tratada a partir do artigo 13, que traz sua definição semelhante a dada pelas leis estrangeiras abordadas:

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

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014).

Por conseguinte, o artigo 14 expõe de forma pormenorizada uma série de condutas consideradas como ofensas verbais ou físicas e no artigo 16, elenca os direitos da criança recém-nascida.

Já no Título II verifica-se que o projeto propôs-se a traçar medidas a serem adotados quando ocorrer violência obstétrica, de forma a desenvolver alternativas para erradicação dessa violência. Nesse sentido, o projeto propõe que:

Artigo 17 - Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde (BRASIL, 2014).

As Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO também é uma proposta do PL em comento, e estão prevista no Título III, como forma de controle, monitoramento e mobilização social para redução dos índices de cesarianas no Brasil. Conforme disposto no caput do 26 e no § 1º, elas seriam



criadas e regulamentadas por meio de portarias e representariam as esferas estadual, municipal e institucional.

Além das penalidades prevista ao estabelecimento de saúde, os §§ 1º e 2º do artigo 17 estabelecem que os profissionais que praticarem atos de violência obstétrica irão responder pessoalmente por suas condutas na esfera civil, criminal e administrativa.

Cumpra trazem à baila a disposição do artigo 19, que determina às escolas e universidades que ministram curso de formação de profissionais da área de saúde a implementação, em suas diretrizes curriculares, de conteúdos disciplinares acerca do atendimento à saúde da mulher e da criança recém nascida.

No que tange ao âmbito de aplicação da proposta de lei, ela se aplicaria ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a toda a rede de saúde suplementar e filantrópica do país, assim como também aos serviços de saúde da rede privada.

Ademais, preconiza ao Poder Executivo Federal, conjuntamente com as instituições de ensino e saúde, e entidades representantes da sociedade civil, o dever se praticar habitualmente as estratégias estipuladas pela Organização Mundial da Saúde, prioritariamente no que diz respeito a qualificação e educação permanente dos profissionais, de forma a promover uma assistência obstétrica de qualidade e respeito aos direitos humanos.

É importante ainda destacar o papel da CMICBPO para redução do índice de cesarianas no país, que ao verificar que a instituição de saúde apresenta um índice superior ao recomendado pela OMS de 10% a 15%, deverá oferecer suporte e auxílio para ela reduzir essa taxa. Caso a instituição permaneça com o índice superior ao recomendado, por três períodos consecutivos, a CMICBPO “notificará a instituição e iniciará uma sindicância para investigar as causas clínico-obstétricas e os profissionais responsáveis pelos índices elevados” (artigo 26, § 13) e, ao final da sindicância produzirá relatório apontando as possíveis causas atreladas ao alto índice de cesarianas. Por fim, se a instituição sindicada não apresentar redução desse índice, após o prazo de noventa dias, será denunciada ao Ministério Público pela CMICBPO, que poderá sugerir uma das punições do artigo 26, § 16, incisos I e II, conforme o caso.

Em relação à última parte, Título IV, o Projeto de Lei 7633/14 também estatui no artigo 29 que “as instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões” e no artigo 30 que a implementação da lei será acompanhada pelo Conselho Nacional de Saúde, através da criação de uma comissão nacional no âmbito de sua atuação.

O Projeto de Lei n.º 7.867, proposto por Jô Moraes, por sua vez, é composto de 7 artigos e dispõe sobre a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e de

propagação de boas práticas de atenção a mulher no ciclo-gravídico, parto, abortamento e puerpério.

Inicialmente o PL estabelece a adoção dos princípios de boas práticas, especialmente no que tange a humanização, durante a gravidez, parto, abortamento e puerpério; e a obrigatoriedade da elaboração do plano de parto.

A violência obstétrica está caracterizada no artigo 3º como “todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas”.

Na sequência, assim como no PL nº 7.633/2014, a proposta de legislação em análise expõe um extenso rol de condutas, descritas de forma minuciosa, considerando o que é ofensa verbal ou física, e que em muito se assemelham aos atos ofensivos dispostos no PL ora analisado. Desta feita, é interessante transcrevê-los integralmente:

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

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal;

II – ironizar ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – ironizar ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico;

IV – não responder a queixas e dúvidas da mulher gestante, parturiente ou puérpera;

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

VI – induzir a gestante ou parturiente a optar pelo parto cirúrgico na ausência de indicação baseada em evidências e sem o devido esclarecimento quanto a riscos para a mãe e a criança;

VII – recusar atendimento ao parto;

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

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto;

X – impedir a mulher de se comunicar pessoalmente ou por meio de telefone;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes em desacordo com as normas regulamentadoras;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente em desacordo com as normas regulamentadoras;

XIII – realizar a episiotomia indiscriminadamente, em desacordo com as normas regulamentadoras;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – realizar qualquer procedimento sem pedir permissão ou esclarecer, de modo acessível, a sua necessidade;

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

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

XVIII – submeter o recém-nascido saudável a procedimentos de rotina antes de colocá-lo em contato pele a pele com a mãe e de permitir o aleitamento;

- XIX – impedir o alojamento conjunto e a amamentação por livre demanda, salvo em situações clinicamente justificadas;
- XX – não informar a mulher e o casal sobre o direito a métodos e técnicas anticonceptivos reversíveis ou não;
- XXI – obstar o livre acesso do outro genitor para acompanhar a puérpera e o recém-nascido (BRASIL, 2017a).

Designa também, no artigo 5º, que os estabelecimentos de saúde exponham cartazes informando as condutas acima elencadas (artigo 4º, inciso I ao XXI) e os órgãos e trâmites para o encaminhamento de denúncias de violência obstétrica.

Por fim, o artigo 6º dispõe que aquele que descumprir os dispositivos da lei estará sujeito às penas previstas na legislação sanitária, civil e penal.

O terceiro Projeto de Lei objeto de análise é o PL nº 8.219/2017 proposto por Francisco Floriano. Ele dispõe de apenas quatro artigos e trata sobre a violência obstétrica praticada pelos profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.

Bastante direta, a proposta de legislação traz logo em seu artigo 2º a definição de violência obstétrica como sendo “a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia” (BRASIL, 2017b).

Na ordem, tipifica as condutas que caracterizam essa violência e comina a respectiva pena:

- Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:
- I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;
  - II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;
  - III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;
  - IV - negligenciar o atendimento de qualidade;
  - V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto;
  - VI – submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;
  - VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;
  - VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).
  - IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.
- Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa (BRASIL, 2017b).

Para concluir, o projeto traz um dispositivo específico para tipificar a prática da episiotomia, abordada no ponto 3.3.2. Nesse sentido, dispõe:

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.  
Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa (BRASIL, 2017b).

Denota-se que o parlamentar foi seguro e coerente com a realidade obstétrica brasileira, ao tipificar a violência obstétrica como delito e destinar um dispositivo próprio para também tipificar o procedimento da episiotomia, estipulando penalidades a altura para rechaçar tais condutas.

É mister trazer à baila que os três projetos tramitam em conjunto e precisam ser avaliados pelas comissões da Câmara: Educação; Seguridade Social; e Constituição e Justiça, e, se aprovados, serão transformados em uma única proposta.

Outrossim, embora ainda não haja legislação nacional acerca da violência obstétrica, dois estados da federação foram diligentes e estão articulando legislação a respeito do tema. O Estado de São Catarina sancionou no dia 17 de janeiro de 2017 a Lei nº 17.097, que dispõe sobre efetuação de medidas para informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado e a propagação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Já o Estado de São Paulo possui um Projeto de Lei de nº 1.130, de 2017, ainda em tramitação, de autoria da deputada Leci Brandão, que dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal. Em âmbito municipal, o município de Diadema/SP foi o primeiro do país a aprovar uma lei sobre violência obstétrica, Lei nº Municipal nº 3.363/13.

### **4.3 Análise comparativa da legislação brasileira e de outros países da América do Sul**

Ante o exposto, passa-se então ao cerne do trabalho: a comparação dos diplomas internacionais e nacionais analisados.

Em um primeiro momento convém fazer um comparativo entre as legislações estrangeiras apresentando as principais semelhanças e diferenças.

Tanto a Lei de nº 38.668/2007 da Venezuela, quanto a Lei de nº 26.485/2009 da Argentina assemelham-se no que tange à definição da violência obstétrica. Ambas também traduzem um anseio do legislador de preparar a população para conhecer e identificar esse tipo de violência. Além disso, possuem o mesmo propósito, que é erradicar a violência obstétrica, assim como os demais tipos de violência contra a mulher.

No que tange as suas singularidades, denota-se que a Lei n° 38.668 (VENEZUELA, 2007), é mais densa em sua composição, apresentando um texto de fácil compreensão e estipulando dezenove formas de violência de gênero contra a mulher, sendo uma delas a violência obstétrica.

Já a Lei n° 26.485 (ARGENTINA, 2009), inovou ao esclarecer os tipos de violência contra a mulher, apesar de ter estipulado apenas seis modalidades que essa violência se manifesta, tendo como exemplo a violência obstétrica. As modalidades de manifestação de violência contra a mulher da lei argentina, corresponde ao classificado pela Lei n° 38.668/07 da Venezuela de formas de violência contra a mulher, que abrange muitas outras formas como a ameaça, estabelecida no artigo 15: 3; o acesso carnal violento, no artigo 15: 7, o assédio sexual, previsto no artigo 15: 10; entre outras.

Embora a Venezuela tenha sido a pioneira em legislar sobre o tema violência obstétrica na região Sul da América, deixou a desejar em não elencar os direitos da mulher e do recém-nascido, enquanto que a Argentina prevê esses direitos e ainda os direitos dos pais da criança recém-nascida em risco na Lei 25.929 (ARGENTINA, 2004). Entretanto, apesar de haver a previsão desses direitos na legislação argentina, eles não estão inclusos no mesmo documento legal que trata da violência obstétrica (Lei n° 26.485, ARGENTINA, 2009). Isso demonstra que as duas leis argentinas se completam, sendo que elas isoladamente não seriam completamente eficazes para cumprir o propósito de sua criação.

Destaca-se que a Lei n° 38.668 (VENEZUELA, 2007) é completa em relação às formas de erradicação da violência obstétrica, assim como as demais modalidades de violência, tipificando tais modalidades como crime e estipulando as sanções em caráter amplamente rigoroso. Por sua vez, a legislação argentina (Lei n° 25.929/04 e Lei n° 26.485/09) mesmo seguindo o modelo venezuelano em definir a violência obstétrica como forma de violência, não indica medidas a serem adotadas para implementar esse tipo de violência na legislação nacional, seja com sanções na legislação penal ou nas diretrizes da Lei Geral de Saúde do país.

Cumprir observar que o Capítulo II da Lei n° 26.485 (ARGENTINA, 2009), que trata sobre o procedimento a seguir quando identificada violência contra a mulher, recorda a Lei Maria da Penha (Lei Federal de n° 11.340, BRASIL, 2006) no que diz respeito as medidas protetivas de urgência da lei brasileira.

Colocando em segundo plano as singularidades dessas leis, a postura dos países, Argentina e Venezuela, é apreciável, haja vista que voltaram a atenção a esse tema que, embora se apresente de forma dissimulada, tem se mostrado cada vez mais presente na

realidade das mulheres, independentemente de qualquer característica pessoal, social ou regional.

Assim como identificado nas leis estrangeiras, os Projetos de Lei brasileiros refletem um anseio dos seus idealizadores de transmitirem à população o conhecimento desse tipo de violência, para que possa identificá-la e se defender.

Os Projetos de Lei brasileiros: PL n.º 7.633/14, PL n.º 7.867/17 e PL n.º 8.219/17 guardam semelhança entre si, pois ambos reconhecem a violência obstétrica, abordando sua definição e atos caracterizadores dessa violência, assim também como medidas para erradicá-la.

Contudo, algumas singularidades diferenciam esses projetos. O PL n.º 7.633 (BRASIL, 2014) pode ser considerado o mais amplo, pois, em um primeiro momento, aborda a humanização da assistência à mulher e ao neonato - trazendo princípios, direitos, e demais regulamentações -, e, num segundo momento, aborda a violência obstétrica em si, com conceito, atos considerados ofensivos e formas de erradicação.

O PL n.º 7.867/2017 é bastante similar ao PL n.º 7.633/2014, podendo chegar a ser considerado um fração dele, pois tudo que ele aborda está contido no PL de 2014. Vejamos: o artigo 2º do PL n.º 7.867/17, que define a violência obstétrica, corresponde ao artigo 13 do PL n.º 7.633/14; o artigo 3º do PL n.º 7.867/17, que elenca os atos considerados ofensivos, está para o artigo 14 do PL n.º 7.633/14; o artigo 5º do PL n.º 7.867/17, que propõe aos estabelecimentos de saúde a exposição de cartazes informativos sobre as condutas caracterizadores dessa violência, corresponde ao artigo 18 do PL n.º 7.633/14; e o artigo 6º do PL n.º 7.867/17, que trata da penalização a quem descumprir a lei, está para o artigo 17, *caput* e § 1º do PL n.º 7.633/14.

Já o PL n.º 8.219 (BRASIL, 2017b), assemelha-se também aos demais quanto à definição e o estabelecimento de condutas que constituem violência obstétrica. Todavia, diferencia-se por ser o único a tipificar essas condutas como prática delituosa, cominando pena de detenção e multa.

Em relação com as leis estrangeiras, os Projetos de Lei brasileiros abordam um único tipo ou modalidade de violência contra a mulher: a violência obstétrica; enquanto que as leis argentinas e venezuelana não tratam exclusivamente dessa violência, mas disciplinam todas as modalidades ou formas que reconhecem de violência contra a mulher, sendo a violência obstétrica apenas uma delas. Isso pode ser explicado pelo fato de que o Brasil já possui regulamentação sobre as outras formas de violência de gênero, como por exemplo: a violência doméstica na Lei Federal de n.º 11.340 (BRASIL, 2006); o feminicídio, no artigo 121, incisos

VI e VII, Incluído pela Lei nº 13.104/2015 no Código Penal (BRASIL, 1940); o assédio sexual, no artigo 216-A, Código Penal (BRASIL, 1940), entre outras.

Ademais, por serem mais abrangentes, as mencionadas leis estrangeiras além de disporem sobre os tipos de violência contra a mulher, trabalham políticas públicas de prevenção e atenção para assegurar os direitos da classe feminina; procedimentos judiciais e administrativos para apresentação de ocorrência de violência; competência para prestar queixa, competência do juízo para julgar os casos, entre outras disposições.

De um ângulo geral, pode-se aferir que o PL nº 7.633 (BRASIL, 2014) é um pequeno esboço das leis argentinas (Lei nº 25.929/04 e Lei nº 26.485/09). Embora essas leis se dividam para tratar do tema, o PL dispõe tanto sobre a humanização de assistência à mulher e ao neonato, quanto sobre a violência obstétrica em si, tudo em um único documento. Ambos também não estipulam de forma específica e centralizada punição para quem pratica esse tipo de violência, citando apenas a possibilidade de responsabilização civil e criminal.

Já o PL nº 8.219 (BRASIL, 2017b) pode ser comparado a Lei 38.668/2007 da Venezuela, pois são os únicos diplomas que tipificam a violência obstétrica como delito. Na Venezuela, a punição estipulada é de apenas multa, enquanto que no PL nº 8.219 (BRASIL, 2017b) a pena é mais rigorosa: detenção e multa.

Nessa esteira, com base no exposto, pode-se constatar que cada legislação possui a finalidade de erradicar a violência de gênero, seja a obstétrica ou as outras, de garantir os direitos da mulher, da criança recém-nascida, e de fazer valer os direitos humanos universalmente defendidos. Assim, embora exista uma inclinação natural para julgar a que pode ser melhor ou não, todas são fruto de manifestação legal de poder e abordaram a temática de acordo com suas perspectivas sobre o tema.

## 5. CONCLUSÃO

A violência obstétrica deve ser analisada como uma modalidade de violência contra a mulher, ou seja, como violência de gênero. Assim, estudá-la de forma autônoma seria infrutífero, pois essa relação é essencial para compreendê-la no atual contexto social.

Apesar de muitos documentos legais internacionais - como a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher- e nacionais - como a própria CRFB/88, que foi um marco ao consagrar direitos da mulher- instituírem a autonomia e independência feminina, a fim de proporcionar às mulheres igualdade de direitos, pelo exposto, denota-se que a violência de gênero é um fenômeno que está arraigado na cultura dos povos e ainda bastante presente na sociedade hodierna.

Conforme os objetivos estabelecidos para esse trabalho, a violência obstétrica foi caracterizada e analisada como um impasse a concretização dos direitos constitucionais da mulher, assim também como foi feito o deslinde jurídico dessa violência de acordo com a concepção das legislações estrangeiras da América do Sul que regulam esse assunto, e dos Projetos de Lei do Brasil em tramitação que abordam de forma específica essa temática.

Nessa esteira, o estudo da Lei n° 38.668/07 da Venezuela e das Leis n° 25.929/04 e 26.485/09 da Argentina, demonstra que cada uma reflete a perspectiva do respectivo país sobre o tema da violência obstétrica, não sendo conveniente julgar qual legislação é mais acertada, já que cada Estado possui características regionais, governamentais e culturais próprias.

No que diz respeito ao Brasil, percebe-se que a violência obstétrica é uma situação cada vez mais corrente no cotidiano das mulheres, que se veem num momento de vulnerabilidade diante das circunstâncias que estão, seja de pré-parto, parto ou pós-parto.

A presença de violência representa a violação de direitos e no caso da violência obstétrica, os direitos que são violados são os direitos da mulher: como o direito à saúde de forma geral, à saúde sexual e reprodutiva, à vida, à proteção a maternidade, como também a dignidade da pessoa humana.

Embora esses direitos da mulher estejam assegurados no texto constitucional vigente e até em legislação espacia, ainda não são eficazes para coibir esse tipo de violência que precisa ser enfrentada de forma direta e rígida.



É nessa perspectiva que os Projetos de Lei em trâmite no Brasil, sobre a violência obstétrica, se apoiam. A três propostas de legislação marcham em um único sentido, o de erradicar essa forma de violência e garantir os direitos da mulher na gestação, durante parto, puerpério e do recém-nascido. Por isso, esses projetos são encarados com bastante expectativa pela população que conhece a violência obstétrica.

Para tanto, diante da análise feita sobre os três projetos de leis, para corresponder às expectativas e ser capaz de cumprir com o propósito de sua criação, deveria ser feita uma junção do PL nº 7.633/14 com o PL nº 8.219/17. O primeiro traz a humanização da assistência à mulher e a violência obstétrica em si, enquanto o segundo criminaliza os atos caracterizadores dessa violência. Essa unificação resultaria em uma legislação robusta e bastante promissora.

Contudo, deve ser feita uma ressalva quanto as determinações da CMICBPO prevista PL nº 7.633/14. De acordo com os dados apresentados, o índice de cirurgias cesarianas no Brasil é muito elevado e para chegar a estimativa que esse projeto indica, que é a média estipulada pela OMS, demanda tempo e estratégia. Nesse entendimento, esse ponto do PL é utópico e não deve ser implementado de imediato, pois não seria eficaz.

Enquanto esses Projetos de Lei são apenas projetos, a violência obstétrica precisa ser urgentemente combatida e a inércia legislativa não pode ser pretexto para deixar impune práticas obstétricas violentas. Dessa forma, a vítima deve se valer dos mecanismos que estão a sua disposição atualmente. Cada conduta que configura essa violência se encaixa em algum tipo penal, podendo encaixar até em mais de um. Assim, a mulher poderia pleitear uma reparação no âmbito civil, em casos de violência obstétrica que causem dano moral ou estético, e a responsabilização criminal do sujeito que praticou a violência, como crime contra a honra, lesão corporal, aborto, entre outros.

Todavia, embora a lei seja a forma legal para prevenir e rechaçar condutas que firam direitos, seria ingênuo considerar que a edição de uma lei por si só seria capaz de erradicar algum problema social.

Para romper com essa “cultura” de violência é necessário além da regulamentação em lei, uma mudança de concepção da sociedade, em que o direito de igualdade entre homens e mulheres possa valer de verdade, em que o respeito ao próximo e a empatia sejam para todos, independentemente de gênero, classe social, etnia ou qualquer condição.

Portanto, ante o exposto, fica clara a extrema relevância da abordagem dessa temática no aspecto de humanização e de legalidade, tendo em vista que a violência obstétrica apresenta-se num momento de vulnerabilidade da mulher, afligindo direitos universalmente

defendidos e incorporados pela CRFB/88. Nesse sentido, é necessário uma regulamentação legal do tema na legislação brasileira, considerando que o Brasil é o país mais desenvolvido da América do Sul e o 7º no ranking mundial, em termos de Produto Interno Bruto (PIB), enquanto que a Argentina e Venezuela, que ocupam o 2º e 4º lugar na América do Sul e 26º e 35º do mundo, respectivamente, já possuem regulamentação a respeito em suas legislações.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estímulo ao Parto Normal Organização da Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento**. 2015. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto\\_Adequado\\_final.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf)>. Acesso em: 09 de out. 2018.

AGUIAR, Janaina Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>>. Acesso em: 01 out. 2018.

ALBUQUERQUE, J. B. C. et al. Violência doméstica: caracterização sociodemográfica de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Enfermagem**. [Online], Goiânia, GO, v. 15, n. 2, p. 382-390, abr/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a10.pdf>>. Acesso em 29 out. 2018.

ALMEIDA, Guilherme Assis de. **Direito à igualdade e formas de discriminação contra a mulher**. In: Manual dos direitos da mulher. São Paulo: Saraiva, 2013

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. In: III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 05, 2014, Londrina. **Anais eletrônicos**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2014. Disponível em: <[http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf)>. Acesso em: 22 Set. 2018.

ARGENTINA. **Lei 25.929, de 17 de novembro de 2004**. Lei do Parto Humanizado. Disponível em: <<https://www.argentina.gob.ar/normativa/ley-25929-98805/texto>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

ARGENTINA. **Lei 26.485, de 1º de abril de 2009**. *Ley de protección integral a las mujeres*. Disponível em: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

ARSIE, Jaqueline Gonçalves. **Violência Obstétrica: Uma violação aos direitos fundamentais da mulher**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/166562/Monografia%20Jaqueline%20Gon%C3%A7alves%20Arsie.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 21 Ago. 2018.

BARRETO, Ana Cristina Teixeira. Igualdade entre sexos - Carta de 1988 é um marco contra discriminação. **Revista Consultor Jurídico**, nov. 2010. Disponível em:

<https://www.conjur.com.br/2010-nov-05/constituicao-1988-marco-discriminacao-familia-contemporanea>>. Acesso em: 30 out. 2018.

**BÍBLIA SAGRADA.** Barueri SP: Sociedade Bíblica do Brasil; Rio de Janeiro: Casa Publicadora das Assembleias de Deus.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**, 1992. Tradução Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. — Nova ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297730/mod\\_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297730/mod_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf)>. Acesso em 22 out. 2018.

BOERMA, Ties et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, vol. 392, n° 10155, p. 1341-1348. Elsevier Ltd, 2018. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)>. Acesso em: 06 nov. 2018

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 11 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002.** Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4377.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm)>. Acesso em: 28 Set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei nº 7.633, de 2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1257785](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785)>. Acesso em: 11 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei nº 7.867 de 2017a.** Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEEB4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filename=Avuls o+-PL+7867/2017](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEEB4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filename=Avuls%20+-PL+7867/2017)>. Acesso em: 11 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei nº 8.219 de 2017b.** Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo Após. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=79E6E60D7D9C0ACA4DCE3CE1A5BCFC8E.proposicoesWebExterno1?codteor=1591466&filename=Avu lso+-PL+8219/2017](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=79E6E60D7D9C0ACA4DCE3CE1A5BCFC8E.proposicoesWebExterno1?codteor=1591466&filename=Avuls o+-PL+8219/2017)>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CABETTE, Eduardo Luiz Santos; VERGAL, Sandro. Evolução histórica dos direitos fundamentais. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 18, n. 3774, 31 out. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25515>>. Acesso em: 23 out. 2018.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 265-270, maio 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CARVALHO, A. C. et al. A questão social: violência contra a mulher. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**. Aracaju, v. 1, n.16, p. 201-210, mar. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/260/260>>. Acesso em: 28 out. 2018.

CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS (CRLP) Y COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (CLADEM). **Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú**. Lima, 1998. Disponível em: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Silencio-y-Complicidad-Violencia-contra-la-Mujer-en-los-servicios-de-salud-en-el-Peru.pdf>>. Acesso em: 02 Out. 2018.

CIDH – **Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**, “Convenção de Belém do Pará”. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 28 Set. 2018.

COELHO, Edmundo Campos. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro – 1822-1930**. Rio de Janeiro: Record, 1999. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books/about/As\\_profissoes\\_imperiais.html?id=oF46BBkHHkIC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/As_profissoes_imperiais.html?id=oF46BBkHHkIC&redir_esc=y)>. Acesso em: 17 Set. 2018.

CORDEIRO, Beatriz Coelho Alves. **Violência obstétrica e autonomia existencial: a proteção da autodeterminação da gestante à luz do direito civil-constitucional**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – PUC, Rio de Janeiro/RJ, 2016. Disponível em: <[http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio\\_resumo2016/resumos\\_pdf/ccs/DIR/Beatriz%20Coelho%20Alves%20Cordeiro.pdf](http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2016/resumos_pdf/ccs/DIR/Beatriz%20Coelho%20Alves%20Cordeiro.pdf)>. Acesso em: 23 Set. 2018.

COSTA, A. M. et al. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um Centro Estadual de Referência. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 627-635, jul/set. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027976025.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

CRESCER. Manobra de Kristeller: entenda por que o método é considerado uma forma de violência obstétrica. Maternidade de Rondônia deve deixar de usar técnica por recomendação do Ministério Público Federal. **Revista Crescer**, jan. 2017. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2017/01/manobra-de-kristeller-entenda-por-que-o-metodo-e-considerado-uma-forma-de-violencia-obstetrica.html>>. Acesso em: 23 Set. 2018.

DEFENSORIA DO ESTADO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>>. Acesso em: 23 Set. 2018.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. – 5. ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: Atlas, 2014. Disponível em:<<https://humanoshumanos.files.wordpress.com/2017/09/teoria-geral-dos-direitos-fundamentais-dimitri-dimoulis-e-leonardo-martins-pdf.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva**, vol.10, n.3, p.627-637. Rio de Janeiro, 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: 27 Set. 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/rhm1/revista1/80-91.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. Parto normal ou cesárea? O que toda a mulher deve saber (e todo homem também). Ed. 1. Rio de Janeiro: **Editora UNESP**, 2004.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2018.

EL PARTO ES NUESTRO. **La violencia obstétrica en Argentina**. Nov. 2017. Disponível em:<<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2017/11/30/la-violencia-obstetrica-en-argentina#comments>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

ELY, Lara. América Latina é o continente mais violento para nascer. **Revista IHU** [on-line], set, 2017. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/571452-america-latina-e-o-continente-mais-violento-para-nascer>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

FERRAZ, Carolina Valença et al. **Manual dos direitos da mulher**. São Paulo: Saraiva, 2013. Disponível em:<[https://books.google.com.br/books?id=c4JnDwAAQBAJ&pg=PT43&dq=garantias+diferenciadas+%C3%A0s+mulheres,+considerando+sua+maior+vulnerabilidade+social+decorrente+de+sua+inser%C3%A7%C3%A3o+desprivilegiada+em+rela%C3%A7%C3%B5es+assim%C3%A9tricas+de+poder,+historicamente+constru%C3%ADdas&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiqhbfb06\\_eAhUFG5AKHXDrACYQ6AEIKTAA#v=twopage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=c4JnDwAAQBAJ&pg=PT43&dq=garantias+diferenciadas+%C3%A0s+mulheres,+considerando+sua+maior+vulnerabilidade+social+decorrente+de+sua+inser%C3%A7%C3%A3o+desprivilegiada+em+rela%C3%A7%C3%B5es+assim%C3%A9tricas+de+poder,+historicamente+constru%C3%ADdas&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiqhbfb06_eAhUFG5AKHXDrACYQ6AEIKTAA#v=twopage&q&f=false)>. Acesso em: 30 out. 2018.

GOER, Henci. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later. **The Journal of Perinatal Education**, Washington, DC, volume 19, number 3, p. 33-42, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920649/>>. Acesso em: 24 Set. 2018.

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

HANAMI. **História do Parto**. 2006. Disponível em: <<http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/63666400/HELMAN-Cecil-G-2003-Cultura-Saude-e-Doenca>>. Acesso em: 20 Ago. 2018.

INSTITUTO NASCER. **História do parto - Século 20: O desenvolvimento do “parto industrializado”**. 2014. Disponível em: <<http://institutonascercer.com.br/historia-parto/>>. Acesso em 18 set. 2018.

JUÁREZ, et al. **Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios**. Diana Juárez y otras; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. – 1ª ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

MAIA, Mônica Bara. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf> >. Acesso em: 21 Ago. 2018.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. – 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2014. Disponível em: <[https://www.scribd.com/document\\_downloads/direct/362807928?extension=pdf&ft=1540654799&lt=1540658409&show\\_pdf=true&user\\_id=425825493&uahk=Sp-9ewKaSGAFHH\\_vdQxFXUV79zc](https://www.scribd.com/document_downloads/direct/362807928?extension=pdf&ft=1540654799&lt=1540658409&show_pdf=true&user_id=425825493&uahk=Sp-9ewKaSGAFHH_vdQxFXUV79zc)>. Acesso em: 26 out. 2018.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>>. Acesso em: 17 Set. 2018.

\_\_\_\_\_. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-666, dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n3/a11v13n3.pdf> >. Acesso em: 17 Set. 2018.

MECANISMO DE ACOMPANHAMENTO DA CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ (MESECVI). **Segundo informe hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belém do Pará**. (OEA documentos oficiais; OEA/Ser.L), 2012. Disponível em: <<https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais: teoria geral**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2011. Disponível em: <<https://linaadv.files.wordpress.com/2016/03/direitos-humanos-fundamentais-teoria-geral-alexandre-de-moraes.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

NASCER NO BRASIL. Inquérito nacional sobre parto e nascimento – **Fiocruz**, 2014. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 10 out. 2018.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da Região Sudeste. **Panóptica**, vol.11, n.2, p 430-470, jul. dez./dez. 2016.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. **Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da Região Sudeste**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: < <http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-26082016-101211/?&lang=br>>. Acesso em: 21. Ago. 2018.

ODENT, Michel. O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. Tradução: Sarah Bauley. São Paulo: Editora Ground, 2003.

OLIVEIRA, Elisa Rezende. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência e Segurança/UNESP**, Marília, ed. 9, maio. 2012. Disponível em: < <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/2283>>. Acesso em: 30 out. 2018.

OLIVEIRA, T.R.; COSTA, R.E.O.L.; MONTE, N.L.; et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE** [on line], Recife, 11 (1):40-6, Jan. 2017. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/359851829/Oliveira-percepcao-das-mulheres-sobre-vo-pdf>>. Acesso em: 23 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático - relatório de um grupo técnico**. Genebra (SWT): OMS; 1996. Disponível em: < [http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/assistencia\\_ao\\_parto\\_normal\\_2009.pdf](http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2018.

OUR BODIES SEVES. Information inspires action. **Informações precisas e confiáveis sobre saúde e sexualidade das mulheres**. Disponível em: <https://www.ourbodiesourselves.org/book-excerpts/>>. Acesso em: 24 Set. 2018

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. Flávia Piovesan. – 14. ed., rev. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2013.

PRIMEIRO ÍNDICE NACIONAL DE VIOLÊNCIA MACHISTA. “*Resumen General del Índice Nacional de Violencia Machista*”. Disponível em: < <http://www.contalaviolenciamachista.com/resumen.html>>. Acesso em 08 nov. 2018.

RANGEL, C. M. F. R.B. A.; OLIVEIRA, E. L. Violência contra as mulheres: Fatores precipitantes e perfil de vítimas e agressores. In: FAZENDO GÊNERO: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTO. 09, 2010, Florianópolis-SC. **Anais eletrônicos**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. p. 1-11. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277848018\\_ARQUIVO\\_fazendogenero\\_Celina\\_Elzira.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277848018_ARQUIVO_fazendogenero_Celina_Elzira.pdf)>. Acesso em: 29 out. 2018.



REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica.** – 1 ed. – São Paulo: Parto do Princípio, Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”.** Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 01 out. 2018.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa – PB. **Revista Psicologia e Saúde.** Programa de Mestrado em Psicologia, UCDB - Campo Grande/MS, v. 3, n. 1, p. 52-59, jan.-jun. 2011. Disponível em:< <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/81/142>>. Acesso em: 30 out. 2018.

RODRIGUES, Almira; CORTÊS, Iáris. **Os direitos das mulheres na legislação brasileira pós-constituente** / Centro Feminista e Estudos e Assessoria (Cfemea). Brasília: Letras Livres, 2006. Disponível em:< <http://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/direitosposconstituente.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. Disponível em < <http://books.scielo.org/id/8m665/pdf/rohden-9788575413999.pdf>>. Acesso em: 19 Set. 2018.

SANTOS, Ana Cláudia Wendt dos; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 227-235, Aug. 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2011000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 out. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. Disponível em:< <https://www.passeidireto.com/arquivo/6399277/e-book---ingo-sarlet---a-eficacia-dos-direitos-fundamentais---2012>>. Acesso em 25 out. 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 37. Ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SOSA, Maby. *El derecho a parir en paz: crecen los casos de violencia obstétrica.* **Tiempo argentino**, mar. 2018. Disponível em: < <https://www.tiempoar.com.ar/nota/el-derecho-a-parir-en-paz-crecen-los-casos-de-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento.** Artemis. São Paulo, 2015.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2009.

STACHUK, Mayara. Mulheres do Mundo. **Revista Marie Claire**, set. 2015. Disponível em: <<https://revistamarieclaire.globo.com/Mulheres-do-Mundo/noticia/2015/09/tive-minha-1-filha-muito-nova-e-so-depois-entendi-que-sofri-violencia-obstetricia-diz-carolinie-figueiredo.html>>. Acesso em: 28 out. 2018.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2002000200016&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2002000200016&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 18 Set. 2018.

UMA-SUS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em:< <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>. Acesso em: 10 out. 2018.

VENEZUELA. **Lei 38.668 de 23 de abril de 2007. Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. Disponível em: < <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: **Fundação Perseu Abramo/Sesc**, 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em: 02 out. 2018.

VIEIRA, Letícia Becker; PADOIN, Stela Maris de Mello; LANDERDAHL, Maria Celeste. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Online), Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 609-616, Dec. 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472009000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 out. 2018.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012 – Atualização: homicídio de mulheres no Brasil**. Flasco Brasil, 2012. Disponível em: < [https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012\\_atual\\_mulheres.pdf](https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2018.

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz; PETRICELLI, Carla Dellabarba; ALEXANDRE, Sandra Maria; TORLONI, Maria Regina; NAKAMURA, Mary Uchyama; SASS, Nelson. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina**, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009. Disponível em: < <https://dokumen.tips/documents/episiotomia-revendo-conceitos.html>>. Acesso em: 10 out. 2018.