

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – DCJ

VITÓRIA MARIA ALVES SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A FRAGILIZAÇÃO DA MULHER COMO
SUJEITO DE DIREITO: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS VIOLAÇÕES DOS
DIREITOS FUNDAMENTAIS**

SANTA RITA-PB

2022

VITÓRIA MARIA ALVES SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A FRAGILIZAÇÃO DA MULHER COMO SUJEITO
DE DIREITO: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS VIOLAÇÕES DOS DIREITOS
FUNDAMENTAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito, do Departamento de Ciências
Jurídicas da Universidade Federal da
Paraíba, como requisito parcial da obtenção
do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Ludmila Cerqueira
Correia

SANTA RITA-PB

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586v Silva, Vitoria Maria Alves.

Violência obstétrica e a fragilização da mulher como
sujeito de direito: considerações acerca das violações
dos direitos fundamentais / Vitoria Maria Alves Silva.

- João Pessoa, 2022.

62 f. : il.

Orientação: Ludmila Correia.

TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Violência obstétrica. 2. Direitos fundamentais.
3. Violência de gênero. I. Correia, Ludmila. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

VITÓRIA MARIA ALVES SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A FRAGILIZAÇÃO DA MULHER COMO SUJEITO
DE DIREITO: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS VIOLAÇÕES DOS DIREITOS
FUNDAMENTAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito, do Departamento de Ciências
Jurídicas da Universidade Federal da
Paraíba, como requisito parcial da obtenção
do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Ludmila Cerqueira
Correia

Banca examinadora:

Data de aprovação: _____

Profa. Dra. Ludmila Cerqueira Correia - Orientadora (DCJ/UFPB)

Profa. Dra. Ana Lia Vanderlei de Almeida - Avaliadora interna (DCJ/UFPB)

Profa. Mestra Olívia Maria de Almeida - Avaliadora Externa

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser meu guia e possibilitar que esse momento fosse possível.

Aos meus pais, Neusa e Nonato, por terem sido a base de toda a minha formação pessoal, suporte emocional e me motivarem sempre, nunca desacreditando da minha capacidade em atingir meus objetivos.

Ao meu amigo Caio Vilanova, pela presença constante em minha vida e por todo o apoio prestado durante os anos de amizade.

Aos meus amigos Pedro Gustavo, Caroline Sena, Iarine Costa, Raylla Pereira e Mariana Alves pelo companheirismo e amizade que transcenderam os limites acadêmicos, passando a fazer parte da minha trajetória pessoal.

Às amigas Maria Luiza Miranda, Anatielle Seriano e Marielle Barbosa pelos bons dias de convívio diário no curso e pelas horas de descontração na cantina.

À minha orientadora, Ludmila Cerqueira, por toda a prestatividade e dedicação no papel de orientação e na troca de ideias, sendo essencial para que esse trabalho prosperasse.

Agradeço também a todos aqueles que fizeram parte da minha trajetória acadêmica contribuindo para a minha formação profissional.

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de realizar uma análise da violência obstétrica sob a ótica da violação dos direitos fundamentais, levando em consideração sua repercussão jurídico-social, tendo como parâmetro pesquisas quantitativas que mostram o número exorbitante de casos em que são observadas violação aos direitos básicos da parturiente. Dessa forma, é demonstrada que a ocorrência da violência obstétrica é forma expressa de violação dos direitos fundamentais da mulher, especialmente no que se refere a dignidade da pessoa humana, direito à liberdade de escolha, direito à saúde e direitos sexuais e reprodutivos, evidenciando a prática como uma forma de violência de gênero. O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica, documental e análise legislativa. Para a realização do mesmo foram analisados livros e artigos jurídicos, trabalhos acadêmicos, legislação brasileira e internacional pertinentes à matéria, além de observados relatos verídicos de pacientes vítimas da violência de gênero perpetrada no ato do parto, que foram citados de forma ilustrativa para evidenciar como essa modalidade de violência se externa. A violência obstétrica, em todas as suas vertentes, pode causar um forte impacto na vida das vítimas, podendo acarretar sofrimento físico e psicológico durante o parto. Neste sentido, o parco conhecimento da vítima associado ao descaso da instituição, e do corpo de saúde dos hospitais, além da evidente falta de legislação federal específica, apenas no âmbito estadual, possibilita a perpetuação de práticas abusivas e violadoras de direitos das parturientes.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Direitos fundamentais. Violência de gênero.

ABSTRACT

The present work has the objective of analyzing obstetric violence from the perspective of the violation of fundamental rights, taking into account its legal and social repercussions, having as a parameter quantitative research that shows the exorbitant number of cases in which violations of the basic rights of the mother are observed. parturient. In this way, it is demonstrated that the occurrence of obstetric violence is an express form of violation of the fundamental rights of women, especially with regard to the dignity of the human person, the right to freedom of choice, the right to health and sexual and reproductive rights, evidencing the practice as a form of gender violence. The study was carried out through bibliographical and documental research. For the accomplishment of the same, legal books and articles, academic works, Brazilian and international legislation pertinent to the matter were analyzed, in addition to observing true reports of patients who were victims of due gender violence perpetrated in the act of childbirth. Obstetric violence, in all its aspects, can have a strong impact on the lives of victims, and may lead to physical and psychological suffering during childbirth. In this sense, the poor knowledge of the victim associated with the neglect of the institution, and of the health staff of the hospitals, in addition to the evident lack of specific federal legislation, only at the state level, allows the perpetuation of abusive practices that violate the rights of parturients.

Keywords: Obstetric violence. Fundamental rights. Gender violence.

LISTA DE SIGLAS

CF – Constituição Federal

Cfemea – Centro Feminista de Estudo e Assessoria

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRM-PI – Conselho Regional de Medicina do Piauí

DUDH – Declaração Universal de Direitos Humanos

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PL – Projeto de Lei

ReHuNa – Rede de Humanização do Parto e do Nascimento

SIMEPI – Sindicato dos Médicos do Piauí

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS HISTÓRICOS E PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	12
1.1 Violência obstétrica: Uma conceituação	12
1.2 O parto e sua modificação histórica	13
1.3 A identificação da violência obstétrica	16
1.4 A violência obstétrica e sua multiplicidade de formas	18
1.4.1 Violência Física	19
1.4.2 Violência Psicológica	21
1.4.3 Violência Sexual	21
1.4.4 Violência Institucional	22
2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS VIOLAÇÕES DERIVADAS COM A OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	24
2.1 Direitos fundamentais: considerações iniciais	24
2.2 A ordem constitucional e os direitos fundamentais	25
2.3 Dignidade da pessoa humana	28
2.4 Direito à igualdade	30
2.5 Direito à liberdade e autonomia	32
2.6 Direitos sexuais e reprodutivos	34
2.7 Direito à saúde	36
3 A OMISSÃO LEGISLATIVA: A INVISIBILIDADE INFRACONSTITUCIONAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES	39
3.1 Legislações Estaduais	43
3.2 A potencial legislação federal	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54

INTRODUÇÃO

Embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) defina desde 1948 a igualdade entre os gêneros, é possível verificar que, faticamente, tal princípio ainda está distante de sua efetivação, haja vista as discriminações ainda confrontadas por mulheres no que se refere ao trabalho, sexualidade e reprodução, sendo sujeitas a diversas formas de violência (SANTOS, 2018).

A violência contra a mulher, foi conceituada pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a mulher como os atos praticados com base no gênero feminino, que cause morte ou dano psicológico, físico ou sexual, sendo tal conceito ratificado pelo Brasil no ano de 1995 (NAÇÕES UNIDAS, 1994)

A violência obstétrica, especificamente, foi considerada pela OMS como uma forma de apropriação corporal e reprodutiva, realizada por profissionais de saúde exteriorizando-se através de tratamento desumanizado, medicação abusiva ou uma patologização dos processos naturais, de maneira a reduzir a capacidade da parturiente, impossibilitando suas decisões sobre seu corpo e sua sexualidade, afetando sua qualidade de vida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Diante da definição de violência obstétrica, é possível identificar que tal violência se manifesta das mais variadas formas, seja ela física ou verbalmente, de maneira que hipersensibiliza a situação da mulher, deixando-as mais facilmente em situação de vulnerabilidade e ocasiona a submissão do corpo feminino à procedimentos potencialmente violadores da integridade feminina.

Segundo dados da Fundação Perseu Abramo, estima-se que 1 em cada quatro mulheres já foi vítima de violência obstétrica nos ambientes públicos e privados de saúde, número que pode ser maior, considerando que em muitos casos, a ocorrência da prática violadora não é denunciada ou sequer reconhecida pela parturiente como uma prática violenta, haja vista a falta de informação sobre as práticas ou mesmo sua normalização no ambiente hospitalar.

Assim, o direcionamento do trabalho teve objetivo a análise do fenômeno da violência obstétrica no Brasil, levando em consideração suas delineações conceituais e características de forma a compreender seu funcionamento, abordando-o como uma forma de violência de gênero e a observando a hipótese da necessidade de uma legislação específica visando o amparo jurídico de parturientes.

Para isso, a metodologia de pesquisa utilizada foi a revisão bibliográfica de livros, artigos, monografias e dissertações, além da análise comparativa entre legislações estaduais e projetos legislativos federais.

Dessa forma, o presente trabalho pretende compreender as características da violência obstétrica, observando sua incidência e como o tratamento dispensado às parturientes em sua ocorrência representa uma violação dos direitos fundamentais da mulher. Ademais, pretende também observar a possível efetivação de tais direitos diante da ausência de uma legislação federal específica sobre o tema.

Nesse sentido, o primeiro capítulo aborda a conceituação da violência obstétrica, perfazendo uma abordagem histórica sobre sua ocorrência, que estabelece a institucionalização do parto e o método de ensino patriarcal como fatores essenciais ao estabelecimento da relação hierárquica entre profissional de saúde e parturiente que, por fim, ocasionam na subalternização da parturiente diante do modelo tecnocrático do parto. Além disso, destaca-se a discriminação das formas de que modos a violência se externa.

No segundo capítulo, é abordada a violência obstétrica como uma expressão da violência de gênero, em que são violados diversos direitos femininos tais como a dignidade da pessoa humana, a igualdade de gênero, a liberdade de escolha acompanhada do direito de informação, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à saúde, situação em que a mulher é invisibilizada como sujeito de direitos.

No terceiro capítulo, são evidenciadas divergências dos órgãos governamentais no reconhecimento do termo “violência obstétrica”, o que por sua vez culmina em uma lacuna legislativa federal que persiste mesmo diante da apresentação de projetos legislativos pelo Congresso, dando espaço às legislações estaduais.

Diante disso verificou-se que, apesar das disposições estaduais apresentarem grande avanço no que se refere ao reconhecimento da violência, se faz necessária a promulgação de dispositivo federal como um mecanismo de informação às parturientes e punição das violações aos direitos femininos, combinada com desenvolvimento de políticas públicas informativas e a realização de fiscalização nos estabelecimentos de saúde pelos órgãos competentes.

1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS HISTÓRICOS E PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

1.1 Violência obstétrica: Uma conceituação

A violência obstétrica passou a ser um tema recentemente abordado como uma das formas de violência cometidas na área da saúde, podendo ser mencionado a partir de outras denominações, tais como assistência desumana, além de violência institucional de gênero no parto (DINIZ *et al.*, 2015).

Juridicamente, como foco de análise, a violência obstétrica, segundo Kondo e Werner (2016), pode ser entendida como a violência cometida durante a assistência pré-natal, o parto, o pós-parto ou na possibilidade de aborto, sendo condicionada por várias formas de discriminação, tais como gênero, raça, classe ou mesmo, de orientação sexual.

No mesmo sentido, o dossiê Parto do Princípio, elaborado no ano de 2012 divulgando dados de violência obstétrica no Brasil, estabelece que tal violência é praticada contra a gestante e sua família, dentro dos serviços de saúde, podendo ser antes, durante ou após o momento do parto, em que haja ou não intervenção cirúrgica, ou abortamento, podendo ocorrer de forma física, psicológica, de forma verbal ou sexual, também sendo considerada como condicionada por preconceito de gênero (CIELLO *et al.*, 2012).

Percebe-se que a ocorrência dessa forma de abuso é ampla, abarcando diversos tipos de violência contra a mulher, sendo marcada pela sua existência no período gravídico-puerperal.

A partir da Declaração para Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos Durante o Parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), assevera o reconhecimento de práticas violentas referentes ao parto, considerando uma violação aos direitos das mulheres:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014, p.1)

Ademais, a referida violência foi considerada pela OMS como uma forma de apropriação corporal e reprodutiva, realizada por profissionais de saúde exteriorizando-se através de tratamento desumanizado, medicação abusiva ou uma patologização dos processos naturais, de maneira a reduzir a capacidade da parturiente, impossibilitando suas decisões sobre seu corpo e sua sexualidade, afetando sua qualidade de vida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Por conseguinte, a efetivação das práticas violentas em âmbito clínico gera implicações referentes à mortalidade e morbidade maternas, repercutindo diretamente em implicações à saúde pública e qualidade na assistência, conforme elenca a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Em observância às conceituações elencadas, é necessário levar em consideração as especificações quanto à multiplicidade contida na categoria da vítima, podendo variar de acordo com a classe social, faixa etária e raça. Dessa forma, a maneira individual com que cada uma é submetida ao tratamento institucionalizado oferece meios para que sejam compreendidos os mecanismos utilizados dentro da assistência ao parto.

As tratativas sobre o assunto em uma forma contemporânea e com denominação são recentes, entretanto, na prática, o sofrimento das gestantes durante o período gravídico e do puerpério é parte presente em diversos momentos históricos, de maneira que o passar de tais períodos influenciaram nas modificações na maneira de tratamento desse grupo. (DINIZ *et al.*, 2015)

1.2 O parto e sua modificação histórica

A realização do parto com todas as suas nuances, foi historicamente concebida como um conhecimento de propriedade feminina, advindo da experiência empírica, intuitiva e vivenciada de forma cotidiana. Apesar disso, ao longo do desenvolvimento da medicalização, o processo de partejar acabou sendo transformado em uma forma de saber-poder masculino (PROGIANTI, 2001).

No período conhecido como Idade Antiga, os cuidados relativos ao parto eram feitos exclusivamente por mulheres, de modo que médicos eram convocados apenas para indicar medicamentos ou para que fosse realizada alguma operação diante de morte fetal.

No que se refere à Idade Média, a atividade de dar à luz era um risco à saúde da mulher, período que também foi acompanhado pela imprevisibilidade da gravidez, não havendo possibilidade de controle sobre o desenvolvimento do feto. Assim, o parto continuava sendo monitorado dentro da sociedade feminina, restando adstrita a participação médica apenas em casos obituários, da parturiente ou do feto.

A partir da chegada da Idade Moderna e com a evolução das práticas médicas devido à existência de universidades, a cesariana¹ passou a fazer parte integrante da obstetrícia, de modo que, apesar de nos períodos anteriores o procedimento muitas vezes resultar no óbito da mãe, os avanços relativos às práticas modernas possibilitaram que essa prática fosse realizada sem resultar, automaticamente, na morte da parturiente.

A incorporação da obstetrícia, especificamente, ocorreu primordialmente na Europa, no período relativo aos séculos XVII e XVIII. Até essa fase, a participação de homens, como já mencionado, era escassa, sendo motivada por limites morais relativos à época, em que não se considerava adequado o ingresso de homens nos aposentos da gestante. Assim, de maneira interligada à percepção de que o fenômeno do parto era um evento ligado à condição feminina, os homens não integravam o fenômeno do parto, desconhecendo da fisiologia (OSAVA, 1997).

No Brasil, a atividade obstétrica teve início a partir da criação das Escolas de Medicina e Cirurgia, na Bahia e no Rio de Janeiro, no ano de 1808. Apesar disso, no século XIX, o auxílio às parturientes na atividade de dar à luz era prestado ainda pelas parteiras, que, segundo elenca Del Priore (1995) ocorria devido à persistência da retidão moral masculina em se envolver com assuntos íntimos femininos, como era considerado o parto, além da impessoalidade dos médicos no tratamento para com as gestantes, mostrando-se indiferentes às dores que estas expressavam.

Apesar disso, dentro desse período, ocorreu o desenvolvimento de mecanismos obstétricos como intervenções cirúrgicas aprimoradas, utilização de anestésicos e assepsia de maneira que o risco de mortalidade interligado ao momento do parto, seja da mãe ou do feto, fosse de alguma forma diminuído, o que realmente ocorreu, como resultado da acentuada medicalização advinda desses processos. Dessa forma, as

¹ Procedimento cirúrgico no qual a extração do bebê é realizada por meio de corte abdominal, mais especificamente no baixo ventre onde se localiza o útero. Indicado diante da impossibilidade de realização do parto normal por risco à saúde materna ou do feto.

alterações ocorridas no parto através de medicalização e hospitalização da parturiente significavam o domínio do parto pelos médicos (VIEIRA, 2002).

Nesse sentido, considerando que o ensino da obstetrícia nas universidades era realizado por figuras masculinas aos futuros médicos, também homens (devido ao restrito acesso feminino às instituições), o estudo obstétrico adquiriu moldes patriarcais² havendo, em razão disso, uma barreira de aproximação entre o realizador do parto e da paciente pautada pela não identificação do outro.

A chegada do parto aos hospitais ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, já no século XX. A alteração na prática do ato de dar à luz incluiu também a utilização de utensílios médicos e as complexidades cirúrgicas. A experiência foi sendo alterada para um ambiente hospitalar, que envolvia treinamento de residentes e obstetras (WOLF; WALDOW, 2008).

Assim, segundo Cunha (2011), a transformação do parto em um evento que ocorre de forma institucionalizada abriu margem para que fosse estabelecida uma espécie de relação hierárquica entre o médico e a paciente, agravada pela relação patriarcal de gênero estabelecida em sociedade.

Tendo em vista tal pensamento, é possível extrair que a relação hierárquica forjada nos moldes da medicalização do corpo feminino se expressa como uma forma de controle e, portanto, submissão às vontades do masculino. A medicalização aqui colocada é definida por Zorzanelli *et al.* (2014), inspirada no pensamento de Conrad (1992), como um processo em que há o deslocamento ao âmbito do corpo médico de condutas que anteriormente não eram atinentes à sua interferência.

Ademais, a institucionalização atua de maneira que haja o distanciamento do realizador do procedimento com a parturiente, estando em um ambiente impessoal, impossibilitando o reconhecimento da interferência do ambiente e do emocional da paciente nas condições do parto.

Nesse sentido, o posicionamento de Mônica Mara Maia (2010, p. 35):

Na percepção do corpo como máquina, o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e o seu produto, em lugar da mulher. Dessa forma, o parto é considerado como o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero.

² O sentido de patriarcado adotado ao longo do texto é o mesmo adotado por Lia Machado, sendo uma estrutura de poder forjada na organização social que estabelece uma dominação masculina e submete a mulher a uma situação de obediência (MACHADO, 2000).

A presente visão é corroborada pela perpetuação da forma de aprendizagem dentro das instituições de ensino, que ocorre de forma acrítica, sendo desenvolvida a partir de práticas que levam em consideração primeiramente a didática dos acadêmicos em detrimento da parturiente, intensificando o fenômeno de despersonalização da mulher e, do seu direito de escolha ou de informação, acarretando na predominância de procedimentos dolorosos, que desconsideram o bem-estar da mãe e do bebê (DINIZ *et al.*, 2016).

Dessa forma, há um processo de instrumentalização do corpo feminino, de modo que, caso o médico verifique que este não reaja da forma que ele entender conveniente, lhe é possibilitada a intervenção, atuando, nos casos de violência obstétrica, de modo arbitrário.

1.3 A identificação da violência obstétrica

A preocupação com a saúde feminina por meios práticos teve início na década de 1940, período em que foram realizadas as primeiras ações voltadas a esse grupo, sendo até os anos de 1960 as ações restritas à assistência no momento de dar à luz. Após esse período começou a existir a preocupação com o pré-natal, devido ao avanço da medicina, se dando especialmente em forma de prevenção à mortalidade do feto.

Com as atenções voltadas à prole e o papel secundário da parturiente na medicina obstétrica, discussões acerca do assunto começaram a ser motivo de pauta por grupos feministas a partir da década de 1980, período em que a análise sobre o assunto gerou pesquisas com as parturientes, como a “Violência - Um olhar sobre a cidade” realizada pela Prefeitura de São Paulo, que traz relatos de mulheres sobre atendimentos desumanizados e agressivos por parte dos profissionais de saúde (DINIZ *et al.*, 2015).

As pesquisas realizadas acerca do assunto e a percepção do papel da mulher no parto motivaram a criação, em 1993, da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento, o ReHuNa. A rede se trata de uma organização civil que estabelece como seu objetivo a divulgação de métodos de assistência e cuidado perinatais comprovados cientificamente, com vistas a fornecer apoio, promoção e reivindicação da prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento, integralmente em todas

as fases, tendo a mãe o protagonismo, e sendo guiada pela medicina baseada em evidências científicas (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO, 2022).

A humanização do parto, segundo Largura (2006), pode ser entendida como a prevalência do respeito e a criação de condições para que as dimensões humanas sejam atendidas, tanto espirituais e psicológicas, como biológicas e sociais.

Assim, nas palavras de Seibert (2005, p. 249):

Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê. Entretanto, vemos que na prática ninguém empodera ninguém. O obstetra (médico ou enfermeiro) pode dar excelentes condições para que a gestante conduza o próprio parto, mas se a mesma não estiver interessada, não for o seu momento, todos os esforços serão em vão.

Percebe-se, portanto, que os debates acerca do tratamento no parto avançaram, de modo que o Brasil foi participante ativo na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no ano de 1994, tendo como objetivo estabelecer aos seus signatários metas relativas à redução da mortalidade materna e infantil, assim como acesso à educação, especialmente feminina e acesso universal a serviços relativos à saúde reprodutiva, incluindo o desenvolvimento de planejamento familiar.

De maneira a efetivar o compromisso firmado na CIPD, o Ministério da Saúde foi responsável por editar a Portaria nº 569/2000, disciplinando o acesso à saúde de gestantes e recém-nascidos. O documento garantiu a implantação de redes assistenciais para gestações de risco, assim como a complementação de custeio e investimento nas unidades hospitalares (BRASIL, 2000).

Assim, o artigo 2º da referida portaria (BRASIL, 2000) elenca uma série de princípios que regem o funcionamento do programa, quais sejam:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:
a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Diante disso, e em especial observância à alínea “f”, vê-se que é ratificada a responsabilidade estatal na garantia de tratamento humanizado às gestantes e puérperas e seus recém-nascidos, com intuito de viabilizar um acolhimento digno dentro dos sistemas de saúde.

Nesse contexto, ocorreu a promulgação da Lei nº 11.108/2007, conhecida como Lei do Acompanhante, que estabelece o direito da parturiente em ser acompanhada em todo o período gestacional, compreendendo o pré-natal, o parto e o pós-parto, por qualquer pessoa de sua indicação e preferência. Tal direito também se insere no art. 8º, §6º da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Apesar das medidas e normativas que visam proteger a mulher gestante, pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo no ano de 2010 indica que, pelo menos, uma entre cada quatro mulheres é vítima de violência obstétrica no Brasil (HAMERMULLER; UCHÔA, 2018). Além disso, de acordo com a pesquisa Nascer Brasil, organizada pela Fiocruz e realizada em 2012, há uma concentração maior no Sistema Único de Saúde, no qual cerca de 45% das mulheres atendidas sofrem esse tipo de violência (RIBEIRO, 2021).

É válido ressaltar que as estimativas apresentadas, em sua ocorrência, podem ser maiores, levando em conta a dificuldade em estabelecer uma mensuração exata, tendo em vista que nem todos os casos de violência são relatados pelas vítimas ou levados a público.

Isso se deve ao fato de que, embora a discussão no Brasil esteja presente desde os anos 80, apenas a partir de 2007 o termo violência obstétrica tomou maior notoriedade, sendo ainda sua externalização invisibilizada como uma forma de violência e sua prática sendo naturalizada por profissionais de saúde, ocasionando o desconhecimento da prática por gestantes (GUEDES; BORGES, 2017).

1.4 A violência obstétrica e sua multiplicidade de formas

A violência obstétrica externa-se através de várias práticas, que culminam em lesões à dignidade da mulher, mas que, entretanto, por serem intrinsecamente naturalizadas no cotidiano médico, muitas vezes as vítimas sentem-se acuadas na hora de denunciar os abusos cometidos. Em vista disso, é importante que seja explorada a caracterização da violência obstétrica e de que maneira ela ocorre dentro do ambiente hospitalar.

Segundo o Dossiê “Parirás com Dor” (CIELLO *et al.*, 2012), a violência cometida por profissionais de saúde e instituições médicas pode ter caráter físico, psicológico, institucional ou sexual.

1.4.1 Violência Física

A violência física pode ser entendida como aquela em que a mulher é submetida sem a existência de comprovação científica para sua utilização, que ocasionem dor ou dano físico, podendo ser mais leve ou mais grave.

Não pretendendo esgotar o rol das inúmeras violências físicas impostas à mulher, faz-se necessário estabelecer exemplos de algumas formas comuns no Brasil.

Dentro dessa classificação é possível citar a realização de cirurgias cesarianas eletivas. As cirurgias cesarianas são prática constante no Brasil, sendo este considerado um dos principais países a realizar esse tipo de cirurgia, superando inclusive o número de partos naturais realizados no país (OPAS, 2021).

Mais especificamente, o país ocupa o segundo lugar mundial no ranking de cirurgias cesarianas, de maneira em que apesar de a OMS estabelecer como parâmetro de 15% o número médio recomendável de partos a serem realizados dessa forma, no país esse número atinge os 57% (GUEDES, 2018).

A cesariana, segundo entendimento da OMS, deve ser realizada em último caso, devendo ser um procedimento de exceção na rotina dos partos, diante da necessidade clínica da paciente, em caso emergencial ou de urgência. No entanto, é cada vez mais comum que essas sejam eletivas, ou seja, marcadas sem demonstração de urgência, de acordo com a ocasião mais propícia.

Conforme Mônica Bara Maia (2010, p. 38):

Na discussão sobre uso apropriado de tecnologia na assistência ao parto, o parto cesariano torna-se um caso exemplar do limite da tecnologia: seu uso

excessivo tanto não resulta em benefícios adicionais quanto acarreta maiores riscos de morbidade e mortalidade para a mulher e o bebê.

Nesse sentido, as cirurgias eletivas podem oferecer risco à parturiente ou ao filho, sendo algumas vezes induzidas pelos médicos ou mesmo impostas, sem necessidade.

Diante disso, podem ser observadas outras formas de violência, como a prática de restringir às parturientes alimentação e bebida no período em que estão à espera do parto. Com a naturalização da cesariana, foi imposta a falsa necessidade de estabelecer como padrão de conduta médica a indicação de jejum pela parturiente antes da realização do parto. Contudo, a ausência de alimentação diante de um parto natural, pode deixar a gestante enfraquecida e cansada com mais facilidade, não havendo necessidade, portanto de tal ato.

No que se refere aos partos normais, a gestante é obrigada muitas vezes a adotar a posição litotômica³ na hora do parto, não obstante ser a menos recomendada pela OMS, levando em consideração que tal posição pode aumentar os riscos de laceração. Desse modo, a indicação é que a parturiente dê à luz na posição em que se achar mais confortável, devendo ter liberdade para escolher com seu bem-estar. Entretanto, a prática médica induz a referida posição devido às possibilidades de intervenções e facilidade de visualização, situação em que se evidencia uma sobreposição do trabalho médico em relação ao bem-estar da paciente.

Relativas às práticas do parto, tem-se a manobra de Kristeller, uma técnica obstétrica que consiste na compressão do abdômen da gestante pelas mãos do profissional de saúde, com o objetivo de induzir o nascimento da criança. Apesar de não ter comprovação científica e de ter o potencial de causar danos ao feto, tal manobra ainda é realizada por alguns profissionais, mesmo depois de estabelecida sua contraindicação pela OMS e pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto Normal, plano lançado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2017 (BRASIL, 2017).

Outra prática é a aplicação de ocitocina sintética nas parturientes. A ocitocina é o hormônio que auxilia nas contrações uterinas. No entanto, a melhor forma é que seja produzido naturalmente pela gestante, diante de um ambiente em que se sinta confortável. A utilização de ocitocina sintética para acelerar o processo de parto,

³ Posição de decúbito dorsal em que a paciente fica com as pernas abertas e suspensas, apoiadas em perneiras.

ocasiona o aumento da dor sentida pela gestante. Assim, essa prática apenas produz um tempo de parto mais curto para a equipe médica, em detrimento do bem-estar e dor da paciente.

1.4.2 Violência Psicológica

A violência psicológica refere-se às condutas cometidas contra a mulher que culminem em seu sentimento de “inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio” (CIELLO *et al.*, 2012, p.60).

Dessa forma, há a utilização pelo profissional de saúde, a partir da relação hierarquizada, de sua posição superiormente alocada para a subalternização não só do corpo, como também da mente feminina, infligindo dor ou desconforto.

Nesse diapasão, é frequente encontrar relatos que dizem respeito a tratamento humilhante destinado às pacientes, como a tentativa de silenciamento por parte dos médicos, em tratamento hostil e grosseiro, ordenando que as parturientes fiquem quietas, ou mesmo proferindo frases de cunho agressivo como “na hora de fazer você não chorou”.

Além disso, pode ser empregada no tocante à persuasão da paciente na realização de procedimentos sugeridos pelo médico, de forma que ameacem a integridade da mãe e do feto, caso não sejam realizados, sem que haja contudo, necessidade clínica comprovada, acontecendo muitas vezes no casos de cesáreas eletivas.

A violência psicológica geralmente se adere intrinsecamente às outras formas de violência, podendo, no entanto, ocorrer isoladamente àquelas, não podendo ser invisibilizada, levando em consideração o destaque nos relatos das vítimas.

1.4.3 Violência Sexual

O abuso referente à posição de poder estabelecida entre o profissional e a parturiente também se expressa nesse tipo de violência de maneira que é caracterizada pela violação da integridade sexual e reprodutiva, com acesso ou não aos órgãos genitais femininos, atentando contra sua intimidade.

Nesse caso, são comumente formas de expressão a realização de exame de toques invasivos, exames realizados na região dos mamilos sem que haja esclarecimentos acerca do procedimento, ou mesmo necessidade de sua realização.

Ademais, o assédio sexual é forma explícita desse caráter de violência, em situações nas quais é aproveitada a condição de vulnerabilidade feminina, edificada pela sociedade patriarcal, para a realização de violações, sendo um caso recente o ocorrido no Hospital Mulher Heloneida Studart, em que um médico anestesista, após injetar uma quantidade demasiada de medicalização anestésica, foi flagrado pela equipe estuprando uma paciente, logo após a realização do parto, que se encontrava inconsciente (LUCCHESE, 2022).

Também, a episiotomia consiste em corte na entrada da vagina realizado para facilitar a passagem do feto, a sua realização nos centros hospitalares e clínicos, todavia, ultrapassam faticamente o recomendado pela OMS, que seria de 10%. O resultado do procedimento sem necessidade pode resultar tanto em claros danos físicos pela estrutura vaginal, como em danos psicológicos para as parturientes.

Procedimentos realizados sem o prévio consentimento da parturiente ou mesmo sua notificação também consistem em violência sexual, como é o caso da mulher que teve uma laqueadura realizada sem sua autorização, descobrindo apenas no momento da realização de exames quando tentava engravidar de um segundo filho (CRUZ, 2022).

1.4.4 Violência Institucional

A violência institucional se manifesta através de ações ou medidas organizativas, públicas ou privadas, que sejam responsáveis por dificultar, atrasar ou mesmo impedir mulheres gestantes, parturientes e puérperas de terem acesso a direitos.

Um dos direitos comumente violados nesse sentido seria o direito de acompanhante. Apesar da existência legislativa há mais de 15 anos (Lei 11.108/2005) no Brasil, na prática o desrespeito à presença do acompanhante pelas instituições ainda é frequente, situação em que os profissionais impedem qualquer acompanhante ou restringem pessoas específicas, como membros familiares, empecilho que contraria a legislação, haja vista ser permitido que o acompanhante seja de escolha da parturiente.

Nesse contexto, é importante destacar que observando a variedade de formas de violência obstétrica, é possível concluir que tais práticas, levando em consideração a historicidade do parto, se intensificaram com a medicalização do parto e sua transformação em um evento institucionalmente hospitalar. Deixando o parto de integrar um ritual íntimo feminino e passando para um ambiente impessoal, o parto ganhou contornos que, além de subjugar a mulher às condições estabelecidas pelo corpo médico, a transforma em um meio (gestação) para um fim (nascimento do bebê), em que lhe são violados direitos.

2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS VIOLAÇÕES DERIVADAS COM A OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 Direitos fundamentais: considerações iniciais

A conceituação a ser dada aos direitos fundamentais pode se manifestar através da definição destes como um núcleo essencial de direitos, que proporcionem às pessoas a possibilidade de progressão de desenvolvimento inserido em um contexto social. Dessa forma, estando ligados à uma concepção de vivência qualitativa, situação em que se interliga à ideia de dignidade da pessoa humana.

Apesar disso e da frequente utilização, especialmente no que se refere a “direitos humanos”, as expressões não são apresentadas como sinônimas por Sarlet (2022), podendo diferenciar-se, de forma que os “direitos fundamentais” representem, portanto, o núcleo positivado dentro do âmbito de um Estado através de sua disposição constitucional, enquanto os “direitos humanos” melhor se adequam a um contexto de direito internacional, inseridos em uma colocação de ordem supranacional, apresentando dessa forma delineações amplificadas.

Não obstante a essa conceituação, entende Giusti (2012) que, seja qual for o termo utilizado para se referir a esse rol de direitos essenciais, estes precisam ser respeitados e concretizados, na busca pela efetivação de uma sociedade livre e justa.

Como preleciona Bobbio (2004), o aspecto de fundamentalidade dos direitos é formado de modo histórico. Assim, tais direitos não se encontram imutavelmente intocados ao decorrer dos anos, sendo parte do processo modificativo estatal e com ele, se delineando e surgindo a partir das demandas e necessidades sociais, fazendo parte de um processo gradual de criação, não sendo, dessa forma, os direitos fundamentais naturais, mas sim, frutos de uma construção a partir das lutas sociais.

Assim, assevera Flores (2009, p. 109) que:

Num sentido marcadamente social, os direitos humanos são o resultado de lutas sociais e coletivas que tendem à construção de espaços sociais, econômicos políticos e jurídicos que permitam o empoderamento de todas e todos para lutar plural diferenciadamente por uma vida digna de ser vivida.

Nesse mesmo sentido, tem-se que a alteração do rol de direitos fundamentais advém das modificações na sociedade e da convivência entre as pessoas, que, paulatinamente, evidenciam as lacunas que devem ser supridas.

Assim, tal processo converge com o entendimento de Bobbio (2004, p. 09) que estabelece que “Os direitos não nascem todos de uma vez. Nascem quando devem ou podem nascer”.

Tem-se que o nascimento dos direitos fundamentais como uma ideia teve início ainda no século XVIII, voltados aos ideais em vigência na Revolução Francesa, visando protestar por liberdade, igualdade e fraternidade e foram sendo modificados a partir da verificação das necessidades sociais (PESTANA, 2017)

Importante destacar que um dos documentos relevantes na repercussão de direitos fundamentais é a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que adota um rol de direitos humanos universais, indivisíveis e interdependentes. Esse processo possibilitou que houvesse repercussão ética entre os Estados, chamando a atenção para temas centrais dos direitos humanos, levando em consideração o que pode ser chamado de “mínimo ético irredutível”.

Dessa forma, a referida Declaração de 1948 contribuiu para que esses direitos humanos, fossem integrados à ordem interna dos países signatários, através da adesão a tratados internacionais de direitos humanos ou mesmo dentro da própria ordem constitucional desses países, de maneira que os direitos fundamentais se apresentassem como fortalecidos.

2.2 A ordem constitucional e os direitos fundamentais

A Constituição brasileira de 1988 teve destaque relativo à inclusão de direitos e garantias fundamentais em seu conteúdo. Também por representar um símbolo de redemocratização, o constituinte se preocupou em abarcar um grande número de medidas protetivas, o que resultou em um dos documentos até então mais abrangentes no que se refere ao amparo de direitos humanos, visando que fosse estabelecido maior resguardo do que em relação às Cartas anteriores.

Dessa forma, caracterizada pela inserção de princípios e regras que garantam direitos básicos, a Constituição Federal Brasileira de 1988 traz, em seu texto, Direitos e Garantias fundamentais dispostos no Título II, dividido em direitos e deveres

individuais coletivos, direitos sociais, direitos de nacionalidade, direitos políticos e partidos políticos (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, importante esclarecer a diferença entre direitos e garantias, sendo os primeiros dispostos constitucionalmente como um mecanismo que visa assegurar o reconhecimento de um rol de proteção básica ao indivíduo e ao coletivo, servindo como patrimônio jurídico, enquanto as garantias se apresentam como a forma de os sujeitos abarcados por esse rol de direitos exercerem sua capacidade de reivindicação de que estes sejam cumpridos através dos instrumentos prestacionais dispostos na Constituição.

A referida alocação de direitos no bojo da proteção constitucional se faz essencial no que se refere à ordem e progresso social, especialmente dentro de um país eivado por disparidades no contexto econômico e social, situação em que indispensável se faz a tutela de direitos para que não sejam subjugados os mais vulneráveis em relação aos mais favorecidos (NASCIMENTO; BOTELHO, 2022).

Assim, de maneira a facilitar o acesso, o constituinte na divisão constitucional, se comprometeu não apenas acerca da disposição desses direitos, como também no elencar de suas espécies de maneira que, apesar de sua exemplificação seja geralmente dada através de dimensões, esta se relaciona de maneira harmoniosa, como um conjunto único, conforme preleciona Silva (2007, p. 176):

A unidade dos direitos fundamentais se expressa numa coordenação interdependente de prerrogativas ligadas à pessoa humana em si mesma considerada, de prerrogativas ligadas, direta ou indiretamente, ao exercício da liberdade humana e de prerrogativas para além do exercício da liberdade humana. Ainda que se admita, como detentora de certa utilidade genealógica (*utilité généalogique*), a classificação dos direitos fundamentais em diversas dimensões ou gerações é de toda despropositada, por força de sua relação coordenada, a classificação em diferentes graus ou níveis.

Insta salientar que, não obstante ao maior destaque ao Título II como detentor do maior rol de direitos fundamentais, também são encontrados tais direitos em outros títulos constitucionais, sobre isso Giusti (2012, p. 24) assevera que:

Mesmo apresentando um amplo rol de direitos considerados fundamentais, a Constituição da República Federativa do Brasil em vigor não os dispõe de forma organizada. Os direitos considerados fundamentais não estão somente no artigo 5º, neste dispositivo encontramos predominantemente os direitos de primeira e segunda dimensão. Já no que concerne aos direitos de terceira e quarta dimensões são encontrados em partes diversas do texto constitucional. Exemplo disso é o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, um direito fundamental e de terceira dimensão que está disposto no artigo 225 da Constituição de 1988.

Dessa forma, os direitos fundamentais devem ser vislumbrados em sua totalidade, que não se esgota com a análise do artigo 5º, que deve ser apreciado em conjunto com o conteúdo dos demais artigos que fazem referência à concessão de direitos indispensáveis à essência humana, sendo importante destacar que, conforme dispõe o art. 5º, §4º da CF/88, por sua essencialidade, são normas de aplicabilidade imediata, produzindo todos os seus efeitos a partir da sua alocação no bojo da Lei Maior (BRASIL, 1988).

Em análise desse pensamento, ao perscrutar os direitos das mulheres contidos constitucionalmente, é possível não apenas encontrá-los no artigo 5º, como em outros dispositivos constitucionais. Originariamente, tais inclusões são resultado das lutas feministas ocorridas na década de 80, que culminaram na elaboração da Carta das mulheres, documento com reivindicações sobre direitos das mulheres e que foi entregue aos parlamentares.

Sobre isso, Barsted (2001, p. 35 *apud* DANTAS *et al.*, 2008, p. 03):

O movimento feminista brasileiro foi um ator fundamental nesse processo de mudança legislativa e social, denunciando desigualdades, propondo políticas públicas, atuando junto ao Poder Legislativo e, também, na interpretação da lei. Desde meados da década de 70, o movimento feminista brasileiro tem lutado em defesa da igualdade de direitos entre homens e mulheres, dos ideais de Direitos Humanos, defendendo a eliminação de todas as formas de discriminação, tanto nas leis como nas práticas sociais. De fato, a ação organizada do movimento de mulheres, no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, ensejou a conquista de inúmeros novos direitos e obrigações correlatas do Estado.

No entanto, apesar da evolução evidente acerca da positivação de direitos previstos, as mulheres ainda enfrentam dificuldades na participação da vida social com autonomia e liberdade plena, prática essa que, segundo Mendes (2013) ocorre pela convalidação dos delineamentos sociais baseado em um ponto de vista patriarcal.

Pode-se entender que essa convalidação culmina na existência de um contexto de vulnerabilidade feminina no âmbito social, conforme explicitado a seguir. Nesse sentido, a condição de vulnerabilidade, segundo o documento “Regras de Brasília sobre o acesso à Justiça das pessoas em condição de vulnerabilidade”, aprovado pela XIV Conferência Íbero-Americana no ano de 2008, é definida como a dificuldade no exercício pleno dos direitos perante o sistema de justiça, motivada por discriminação de idade, gênero, sexo, estado físico ou mental (CÚPULA IBERO-AMERICANA, 2008).

Mais especificamente no que tange à vulnerabilidade em relação à mulher, esta é classificada como:

Entende-se por discriminação contra a mulher toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo que tenha por objecto ou resultado menosprezar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente do seu estado civil, sobre a base da igualdade do homem e a mulher, dos direitos humanos e as liberdades fundamentais nas esferas política, económica, social, cultural e civil ou em qualquer outra esfera. (CÚPULA IBERO-AMERICANA, 2008)

Diante desse fenômeno, depreende-se que apesar do que elenca a Constituição Federal, a violação dos direitos das mulheres continua a existir em amplos aspectos, sendo vulneráveis e passíveis do acometimento por violências, dentre elas, a violência obstétrica.

A ocorrência de violência obstétrica fere grande parte dos direitos fundamentais atribuídos às mulheres, assim como a visão das próprias mulheres, portanto, como sujeitos de direitos e, essencialmente afetando a dignidade humana, supra princípio constitucional.

2.3 Dignidade da pessoa humana

A dignidade da pessoa humana pode ser definida como um valor universal, sendo elemento intrinsecamente ligado à caracterização do ser humano como um detentor de direitos, possibilitando que essa caracterização gere um reconhecimento por parte do Estado, de maneira que os direitos fundamentais possam ser garantidos diante das ameaças que possam violá-los (SARLET, 2011)

Dessa forma, o princípio da dignidade da pessoa humana é um direito universal, abarcando as diferentes formas sociais e culturais das pessoas, assim como as diferentes individualidades, sendo direito de caráter existencial, de maneira a compreender em seu entendimento o direito às condições básicas de existência para uma vida digna, além da possibilidade de equiparação com os semelhantes (SARLET, 2011).

Assim, a dignidade da pessoa humana é, antes de tudo, a base da aplicação dos outros direitos fundamentais, de modo que dispõe sobre a condição de dignidade como premissa básica da condição humana, estabelecendo a diferenciação entre o ser humano e o ser animal, em razão da sua essência, sendo a fonte jurídico-positiva e dando coerência aos direitos fundamentais.

A dignidade aqui colocada tem conceito amplo que, segundo a moral kantiana, tem caráter ímpar, de modo que para a elucidação da dimensão conceitual, explica “Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade” (KANT, 2014, p. 82).

Assim, tem-se a dignidade da pessoa humana como valor irrenunciável, de maneira a não admitir a imposição de condições precárias e inumanas de sobrevivência e garantindo meios essenciais para o ser humano desenvolver-se (NOBRE JUNIOR, 2000)

Por conseguinte, tendo em vista sua complexidade estrutural, a atuação do princípio não ocorre de forma isolada, mas em conjunto com outros direitos para seu melhor funcionamento e efetivação, sendo, portanto, o pilar essencial das sociedades democráticas.

Diante disso, a Constituição Federal de 1988 elenca o princípio da dignidade da pessoa humana no art. 1º, III, como fundamento da república federativa, demonstrando seu caráter central no ordenamento constitucional, devendo dessa forma ser o princípio-guia do tratamento dispensado aos tutelados por esta, não só pelo Estado, mas também nas relações estabelecidas entre particulares.

Nesse sentido, dada a caracterização de como o abuso obstétrico se externa, é flagrante a violação da individualidade da mulher, que é submetida a tratamento desumanizante, ocasionando em constante violabilidade à dignidade humana.

Sendo retomada a ideia de que a presença da dignidade é o que difere o humano do ser irracional, a respectiva violação representa a subumanização feminina, na qual o ser feminino é relegado ao papel de mero objeto diante da prática clínica no parto.

Nesse sentido, há relatos de inúmeros casos de mulheres submetidas a tratamentos violadores, como o caso de Eva, que ao enfrentar complicações relativas à hora do parto teve que escutar ofensas do próprio médico, que a acusou de tentar induzir um parto normal, além de dizer “Quem manda no procedimento sou eu” (LAZZIERI, 2015 *apud* TEPEDINO; TERRA; GUEDES, 2022).

Demonstra-se, assim, um cerceamento à consideração da subjetividade feminina, motivada pela falácia do olhar supostamente técnico dos profissionais de saúde, de modo que, não levado em consideração as suas vontades, informações

sobre o procedimento a ser realizado em seu corpo, assim como o cometimento de uma série de agressões físicas e psicológicas, é evidente o desrespeito à sua dignidade.

Acerca disso assevera Gongliano (*apud* CREMESP, 2004, p.20) que:

Toda e qualquer terapêutica médica tem por fundamento e por pressuposto o respeito à dignidade humana, na tutela de direitos privados da personalidade e na relação médico-paciente, em que sobreleva o direito da vontade do paciente sobre o tratamento; o direito do doente ou enfermo à dignidade e à integridade (físico-psíquica); o direito a informação que se deve fundar no consentimento esclarecido; o direito à cura apropriada e adequada; o direito de não sofrer inutilmente, na proporcionalidade dos meios a serem empregados, na diferenciação que se impõe entre terapêutica ineficaz e terapêutica fútil, isto é, na utilização de uma terapia racional e vantajosa, que não conduza a uma terapia violenta e indigna.

Em suma, é fundamental que a conduta dos profissionais de saúde possa levar em consideração o meio mais adequado de realização dos procedimentos, não realizando procedimentos com pouca ou nenhuma evidência científica e conciliando tais atos ao respeito à parturiente, de modo a preservar sua integridade.

2.4 Direito à igualdade

Por um longo período histórico, as mulheres foram invisibilizadas como sujeito, não sendo consideradas aptas a exercer direitos e deveres na sociedade. Assim, é necessário levar em consideração que as dimensões de direitos fundamentais acerca dos direitos das mulheres não se localizam no mesmo tempo e espaço, que foram conquistados os direitos masculinos.

Como exemplo, pode-se observar o tocante aos direitos políticos são assegurados aos homens a efetividade dos seus direitos desde a Revolução Francesa, enquanto os direitos femininos variam de acordo com a localidade, sendo o direito ao voto das mulheres, no Brasil, conquistado bem mais tarde, no ano de 1932, comprovando a necessidade de realizar uma análise separada.

A disparidade apresentada entre a conquista de direitos evidencia a diferença no que se refere à participação nas estruturas de poder, que por consequência influenciam na busca pelo desenvolvimento social atinente aos direitos femininos.

As referidas disparidades agravam-se quando somadas a outros fatores de vulnerabilidade tais como discriminação por motivo de raça e motivadas pela classe

social, conforme elenca pesquisa realizada pela Fiocruz em que mulheres negras enfrentam maiores problemas na trajetória gravídica, inclusive na hora do parto em que precisam ir em mais de um ambiente hospitalar para serem atendidas (LEAL *et al.*, 2017)

Tem-se que a Constituição Federal de 1988 firmou no seu art. 5º, I, o direito à igualdade formal entre os gêneros, de modo que todos os homens e mulheres são iguais em direitos e deveres na forma da lei (BRASIL, 1988).

A igualdade aqui contida deve abarcar também o conceito de igualdade material, na qual a base é a isonomia, na medida em que se trata os desiguais na medida de suas desigualdades, tendo como objetivo a equiparação dos gêneros (NERY JUNIOR, 2004 *apud* NASCIMENTO; BOTELHO, 2022).

Entretanto, apesar dessa disposição, as mulheres ainda sofrem com o tratamento discriminatório, do qual culminam as práticas de violência, sendo resultado da perpetuação do poder masculino que gera uma dominação do corpo feminino nos moldes patriarcais.

Assim, a violência aqui colocada é praticada contra as mulheres tendo em vista sua desvantagem na distribuição de poder, ocorrendo de forma a manifestar a desigualdade das relações entre os gêneros. Essas relações desiguais podem se derivar das relações entre o masculino e feminino ou mesmo entre mulheres tendo em vista que, conforme Saffiotti e Almeida (1995, p.02 *apud* SILVA; SERRA, 2018, p. 7) “a organização social de gênero é cotidianamente alimentada não apenas por homens, mas também por mulheres”.

É importante entender o conceito de gênero aqui colocado como uma das áreas na qual o poder é efetivamente manifestado, portanto, não regulando apenas as relações entre os diferentes gêneros, mas também do gênero entre si, no qual ocorre o desenvolvimento das estruturas de poder em que as mulheres são prejudicadas.

Nesse sentido, extrai-se que o gênero molda a vida social, desencadeando a partir de sua desigualdade, a ocorrência da violência de gênero (DINIZ, 2001).

Assim como outras formas de violência, a violência obstétrica é entendida como violência de gênero, ou seja, motivada pelo polo passivo da violência ser uma mulher. Destarte, assevera AGUIAR (2010, p. 24)

Desta forma, se considerarmos que o campo da maternidade é por excelência onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher regulado por uma construção simbólica, toda

e qualquer violência neste campo é fundamentalmente uma violência de gênero.

Em vista disso, a ocorrência dos casos de abuso obstétrico por profissionais de saúde demonstra a marginalização do corpo feminino, evidenciando o patriarcalismo na visão sobre o parto de que a mulher se encontra numa posição de meio para que seja atingindo um fim, que no caso seria o nascimento do bebê, funcionando assim como mero objeto (AGUIAR, 2010).

Como exemplo dessa posição pode ser abordado o caso Adelir⁴ que, ao realizar exame preventivo no hospital, teve recomendação médica para a realização de cirurgia cesariana, de modo que a parturiente preferiu consultar outra opinião médica, optando em deixar o hospital assinando um termo de responsabilidade. Logo em seguida, foi surpreendida por policiais que a conduziram coercitivamente para realizar cirurgia cesárea, por ordem judicial (BALOGH, 2014).

Como preceitua Dworkin, o indivíduo não pode ser tratado de maneira que invisibilize a importância de sua própria vida, não sendo permitida a completa disponibilização do corpo do outro sujeitando a um processo de instrumentalização (ALMEIDA, 2018).

Com base no apresentado, em consequência da desigualdade há a sobreposição dos valores patriarcais no fenômeno do parto, de modo que a parturiente não tem abertura para opinar, influenciando assim a forma que ocorre o parto e a violação dos demais direitos femininos, como a liberdade de escolha e a autonomia.

2.5 Direito à liberdade e autonomia

A liberdade como princípio fundamental é inserida na Carta Magna em seu art. 5º, caput como um dos direitos fundamentais expressos. A liberdade no texto constitucional tem abordagem ampla e abarca, dentre outras formas, a liberdade de escolha e autonomia do indivíduo (SARLET, 2022)

Dessa forma, de acordo com o princípio da legalidade estrita disposto no art. 5º, II da Constituição Federal, nenhuma pessoa será obrigada a fazer nada senão em

⁴ Neste trabalho, optou-se por manter os nomes reais das vítimas de violência obstétrica, tendo em vista que os casos aqui relatados foram coletados a partir da sua disposição em veículos de informação jornalística ou do dossiê “Parirás com dor” publicado de forma pública, não se referindo, portanto, a casos sigilosos.

virtude da lei, tendo tal princípio caráter importante para explicitar a plenitude da pessoa humana em adotar as próprias escolhas na sua vida cotidiana em sociedade.

Importante salientar que o direito de escolher sobre o próprio corpo é o ponto de partida de uma sociedade democrática que considera seus indivíduos como iguais.

No entanto, com a perspectiva de relação de igualdade entre os gêneros em desequilíbrio, é a autonomia do lado menos favorecido dessa relação que é prejudicada, de modo que a escolha acerca dos próprios caminhos que regem essa relação é tomada diante da estrutura patriarcal controladora do poder.

O plano de fundo do modelo tecnocrático do parto é a invisibilização da autonomia feminina em externar suas escolhas, de maneira que é levada em consideração a facilidade médica na realização dos procedimentos, ficando a mulher em um papel secundário.

Associada à autonomia da vontade, a autodeterminação representa a capacidade do indivíduo de realizar escolhas livres da intervenção externa com base nos próprios valores, sendo crucial que lhe seja propiciado o acesso à informação e ao mínimo existencial (ALMEIDA, 2018).

Nesse sentido, corrobora a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia para o respeito à autonomia da mulher nos procedimentos médicos, dando ênfase ao papel do médico como observador no que concerne às vontades, escolhas e opiniões femininas (CREMESP, 2011 *apud* ALMEIDA, 2018).

Urgem, portanto, as considerações de Chauí (2017) ao tratar a violação da autonomia como uma forma de violência, estabelecendo que a violência se coloca em oposição à ética na medida em que seres racionais e dotados de sensibilidade são tratados como seres irracionais, sem expressão de vontade. Dessa forma, sendo a ética inerente ao sujeito racional e livre, agir de forma a suprimir essa liberdade e razão é tratá-lo não como uma pessoa e sim como coisa.

A partir dessas implicações, tem-se que a autonomia é primordial para o exercício da dignidade humana, sendo um dos escopos do supra princípio, se manifestando a partir, principalmente, do acesso à informação. Para que as decisões sejam tomadas de forma esclarecida, é necessário que sejam transmitidos dados técnicos necessários às pacientes, de maneira a possibilitar que exerçam sua autonomia de maneira acertada.

Não obstante a isso, é imprescindível salientar que as informações disponibilizadas não podem se manifestar como uma forma de indução, de maneira a, na verdade, possibilitar que sejam realizados os procedimentos de acordo com a vontade do corpo clínico, sem que haja faticamente comprovada necessidade.

É possível exemplificar tal acontecimento com o grande número de cesáreas eletivas realizadas no país, de modo que estudos apontam que a escolha de mulheres por esse método de parto, se reflete mais como uma expressão da cultura médica, de forma que, em uma prática já enraizada, é mais vantajosa tendo em vista o menor tempo gasto com uma só paciente, diante da imprevisibilidade de tempo de um parto normal, que pode durar até oito horas ou mais (SANTOS, 2018).

Essa tentativa de indução pode ser observada nos seguintes depoimentos:

"Meu obstetra, que era meu médico há 9 anos, me disse que meu bebê não nasceria de parto normal porque meu colo de útero estava ainda grosso e ela não estava encaixada com 39 semanas de gestação. Marcou a cesárea para dali a alguns dias. Procurei outro profissional e tive meu parto normal com 41 semanas." Eleonora Moraes, atendida através de plano de saúde em Ribeirão Preto-SP (CIELLO ET AL., 2012, p.120)

"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." Patrícia Reis França, em entrevista para a Folha de São Paulo do dia 20 de novembro de 2011 (CIELLO ET AL., 2012, p. 120)

Assim, a autonomia do agente entra em confronto com os valores praticados dentro de uma cultura que adquire um caráter de dever e que atua coagindo o indivíduo para que siga as regras postas. Nesse sentido, é válido ter em consideração que o mero ato de escolha em adotar uma conduta não a define como autônoma haja vista que, se essa decisão partiu de pressões externas ou foi realizada por medo, a escolha não foi livre (CHAUÍ, 2017).

A efetivação do princípio da autonomia ocorre necessitando que o médico forneça as informações necessárias para a gestante, de maneira a lhe propiciar os meios necessários para que decida sobre o parto, assim podendo ter plenitude nas suas decisões.

2.6 Direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos reprodutivos inserem-se na DUDH como direitos básicos. Enquanto isso, a menção sobre os direitos sexuais por órgãos oficiais ocorreria apenas no ano

de 1994, em conferência da Organização das Nações Unidas (ONU). Por consequência, o reflexo desta disposição do documento fez com que vários países se atentassem aos direitos femininos, especialmente no que se refere à condição generalizada da mulher.

Tais direitos referem-se ao planejamento familiar como de livre escolha dos genitores, decidindo como e quando será constituída a família, tendo os meios necessários para a efetivação do planejado, sendo-lhe disponível o direito, além do direito de exercer sua livre sexualidade.

De outro modo, há a compreensão da necessidade de promoção de políticas públicas que devem ter como objetivo a garantia de informações e métodos seguros para o planejado.

A Conferência de Cairo, ocorrida no ano de 1994, foi responsável pela definição desses direitos como “o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência” (MARQUES, 2020).

Tais direitos ganharam força no contexto nacional a partir das pautas feministas na década de 80, embasadas na DUDH, de modo que tais reivindicações culminaram na inserção do direito na Constituição Federal de 1988 (DANTAS *et al.*, 2008).

O dispositivo presente na Lei Maior, está inserido no art. 226, §7º, elencando que a unidade familiar deve ser protegida pelo ente estatal, sendo o planejamento familiar de livre decisão do casal (BRASIL, 1988).

A dignidade da pessoa humana é inserida como basilar na disposição constitucional do direito de livre escolha reprodutiva, corroborando a concepção de tal direito como básico, principalmente às mulheres, estando ligados também à diversidade, autonomia, igualdade e integridade.

Nesse sentido, também é possível citar o direito à maternidade e a proteção à infância elencados entre os direitos sociais no art. 6º, caput, da Constituição Federal, que tem como escopo a garantia do mínimo existencial, podendo ser associado à garantia de atendimento materno-infantil, de forma a ratificar os direitos das mulheres como mães (SARLET, 2022).

Desse modo, práticas como medicalização excessiva da parturiente, intervenção médica excessiva de forma desnecessária, como por exemplo a episiotomia, esterilizações realizadas sem consentimento são atividades que violam claramente os direitos sexuais e reprodutivos da parturiente (TAMANINI, 2009).

A supressão dos direitos sexuais e reprodutivos da parturiente representam uma forma de ratificar a supremacia masculina, tendo em vista que, segundo Bourdieu (2012, *apud* Marques, 2020), a dominação é ratificada nas estruturas reprodutivas tanto biológica como social, possibilitando o pleno funcionamento da estrutura patriarcal.

Como se sabe, o direito à vida é previsto na CF como um direito fundamental. A acepção que é adotada é a de um direito à uma vida digna ligada à concepção de dignidade da pessoa humana e aos direitos fundamentais básicos. Assim, é necessário que os direitos reprodutivos e sexuais sejam observados pelos profissionais de saúde nos procedimentos clínicos, como dever de respeito à autonomia feminina, pois é um direito da mulher a decisão sobre ter filhos e de que forma pretende tê-los, recebendo as informações adequadas e exercendo o direito à liberdade corporal (PELLEGRINELLO, 2014).

2.7 Direito à saúde

Em 1946, a OMS definiu saúde de acordo com uma conceituação ampla, na qual é levada em consideração não apenas a ausência de doença, mas um estado completo de bem-estar que abarque o aspecto físico, psicológico e social, além de estabelecer que esta é direito fundamental ao ser humano, sem qualquer distinção ou discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946)

Nesse sentido, a Constituição Federal adotou o direito à saúde em consonância ao caráter de direito fundamental universal atribuído pela OMS, sendo definido como direito de todos e dever do Estado, no art. 196. Nesse sentido, como direito social, segundo o art. 6º, caput, o texto constitucional atribui a responsabilidade do ente estatal no provimento de políticas públicas que promovam saúde a todos os indivíduos (BRASIL, 1988).

O conceito de “Estado”, neste caso, é abrangente, inserindo os entes federativos como forças atuantes em prol da promoção desse direito, conforme elenca o art. 24 da CF, estabelecendo como competência concorrente à União, Estados e Distrito Federal a proteção legislativa à saúde, conforme se elenca:

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

[...]

XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

[...] (BRASIL, 1988).

Acerca dos Municípios, é possível extrair que estes podem atuar legislativamente para suprir lacuna na legislação federal e estadual, prestando os serviços de saúde com a cooperação técnica e financeira, disposto no art. 30 da CF/88:

Art. 30. Compete aos Municípios:

[...]

II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;

[...]

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

[...] (BRASIL, 1988).

Diante disso, o Estado tem o dever de assegurar os serviços de saúde e sua prestação adequada, cuidando para que os pacientes tenham a adequada assistência.

A concepção de saúde é ligada também a de integridade física e psíquica, que não seja um princípio expressamente previsto na CF/88 pode ser aduzido do art. 5º, III, do qual se extrai que ninguém será submetido a tratamento desumano e degradante.

No exame às práticas de violência obstétrica, resta claro que as condutas adotadas por médicos ferem diretamente a integridade física e a integridade psíquica da mulher, como é o caso de procedimentos como a episiotomia, a manobra de kristeller, uma vez que realizadas sem comprovação científica de eficácia, apenas subumanizam a mulher.

A prática de atos como submeter a paciente a pressões psicológicas, além do abuso verbal, também configura violação à integridade psíquica, como pode ser demonstrado a partir do relato abaixo:

“Eu digo pras grávidas: ‘se não ficar quieta, eu vou te furar todinha’. Eu aguento esse monte de mulher fresca?” T., técnica de enfermagem relatando o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto, Itaguaí-RJ (CIELLO *et al.*, 2012, p.134)

“Tinha uma mulher lá do preparo, do pré-parto lá, preparando as mulheres, falou na minha cara: “você não acha que está velha demais não, pra estar parindo?”. Falou na minha cara. Falou que eu estava velha pra estar parindo. Eu falei: “não, eu não sou velha. Eu só estou maltratada”; falei pra ela. E ela lá menina, e eu com dor e ela: “se você não calar a boca...” que se eu começasse a gritar que ela ia embora e ia deixar eu lá gritando” (CIELLO *et al.*, 2012, p.137)

Dessa forma, observando o narrado, para que o direito à saúde seja efetivado não basta que sejam disponibilizados o serviço de atendimento à saúde, mas também é

imprescindível que esse tratamento seja humanizado e leve em conta valores éticos e morais, respeitando a integridade física e psíquica das pacientes.

3 A OMISSÃO LEGISLATIVA: A INVISIBILIDADE INFRACONSTITUCIONAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES

No âmbito internacional, a Venezuela foi o primeiro país do mundo responsável pela consagração do termo “violência obstétrica” em dispositivo legal. A lei Orgânica sobre O Direito das mulheres a uma vida livre de Violência, Lei nº. 38.668 de 2007, insere a modalidade obstétrica em seu artigo 15, tópico 13, como uma forma de apropriação corporal e reprodutiva das mulheres por profissionais de saúde, que se manifestam pela desumanização, medicalização excessiva e “patologização dos processos naturais”, resultando na perda de autonomia e capacidade de decisão (VENEZUELA, 2007).

O artigo 51 da Lei estabelece as condutas consideradas como atos de violência obstétrica como: a) o não atendimento oportuno e eficaz das emergências obstétricas; b) obrigar a mulher a parir em posição supina; c) estabelecer obstáculo do apego da criança com a mãe, sem motivo médico justificado; d) acelerar o processo de parto ou realizar procedimento cesariano de partos de baixo risco e com condições de serem realizados de forma natural, sem consentimento expresso da mãe. Quando tais condutas são cometidas, é previsto o pagamento de multa, além do encaminhamento dos casos para o colégio profissional respectivo, que seria como os Conselhos de classes profissionais no Brasil (VENEZUELA, 2007).

Com a análise das condutas, extrai-se que os atos se interligam aos procedimentos técnicos realizados no parto, não incluindo os atos de cunho verbal que degradam e ofendem mulheres. Não obstante a isso, presume-se que tais atos estejam insertos no conceito de violência psicológica, contido no mesmo dispositivo legal, que prevê dezoito meses de reclusão (SOUZA, 2022).

Ademais, destaca-se a Lei nº. 26.485 do ano de 2009, conhecida como Lei de Proteção Integral às Mulheres, da Argentina que ao dispor sobre as modalidades de violência contra a mulher, citou como uma de suas formas a violência obstétrica em seu artigo 6º, com uma definição equiparável à apresentada na lei venezuelana, no entanto não prevendo quaisquer sanções a serem aplicadas a partir do seu descumprimento (ARGENTINA, 2009).

Em contraste ao que se observa nos países sul-americanos citados, no Brasil não existe legislação federal que aborde a violência obstétrica, nem defina em que termos ocorre. Ao contrário disso, há uma divergência quanto ao reconhecimento de tal

conduta pelos órgãos responsáveis por políticas e práticas voltadas às mulheres gestantes.

Esse foi o caso do Ministério da Saúde que, no ano de 2019, através do despacho SEI/MS - 9087621 se posicionou contra a utilização do termo “violência obstétrica”, por considerar de “[...] conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério” (DOMINGUES, 2019).

No mesmo sentido, se manifestou o Conselho Federal de Medicina (CFM) expressando em nota insatisfação com o termo pois considera que é uma agressão à comunidade médica e fragiliza a relação médico paciente, transferindo “de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde, como se fossem culpados pelos graves indicadores de mortalidade ou morbidade maternos e infantis” (CFM, 2019, online, s/p).

Ainda no ano de 2019, o Conselho Nacional de Direitos Humanos (2019) em divergência à posição demonstrada, se posicionou a favor da adoção do termo violência obstétrica na desconsideração do mencionado despacho SEI/MS - 9087621, por acreditar que o documento representava “um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna”.

Entretanto, mesmo após o posicionamento do CNDH, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) se manifestou recentemente, por meio de nota, contra a utilização do termo, pois considera que há a tentativa de transformar a exceção em regra, atribuindo a médicos a habitualidade do tratamento violento. Além disso, desconsidera que as modalidades do abuso obstétrico sejam tratadas como um mesmo tipo de violência, pelo qual não seria cabível a aplicação de legislação penal:

O segundo, e não menos grave, erro do preconceituoso termo “Violência Obstétrica”, é o de colocar num mesmo contexto atitudes de desrespeito e descortesia, inaceitáveis por qualquer ângulo que se olhe, e condutas médicas, muitas delas controversas, até passíveis de discussão científica, mas jamais devendo ser tratadas no âmbito da legislação penal. (FEBRASGO, 2022)

A nova edição da Caderneta da Gestante, emitida pelo MS, no corrente ano, com intuito informativo sobre pré-natal, parto e pós-parto, contou com indicação sobre a prática da episiotomia e incentivo ao parto cesariano. Ainda, na reunião de lançamento, o secretário de Atenção à Saúde Primária do Ministério da Saúde se

manifestou favorável à realização da manobra de kristeller, com a alegação de que tais práticas devem ser de decisão do corpo médico (YONESCHUIGUE; GONÇALVES, 2022).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), a partir disso, expediu a recomendação nº. 12/2022, recomendando a revogação da edição da Caderneta da Gestante, assim como a promoção de uma agenda política nacional para um debate sobre o tema (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2022).

Nesse diapasão, pode ser observada não só uma ausência de legislação federal como certa resistência das gestões recentes das entidades de saúde em reconhecer os delineamentos da violência obstétrica como prática corrente no meio médico, principalmente no que se refere à violência psicológica, tal como se observa na manifestação da FEBRASGO sobre o assunto.

A insistente negativa do reconhecimento dos procedimentos como uma forma de violência e as controvérsias internas entre as entidades ligadas à saúde e aos direitos humanos contribuem para que o problema da violência obstétrica seja invisibilizado.

Conforme dados apresentados no documentário “A dor além do parto” (2013), que aborda a ocorrência da violência obstétrica no país, pesquisa realizada pela Rede Cegonha (estratégia do MS que visa a implementação de cuidados para assegurar às mulheres um mecanismo de planejamento de parto) evidencia que cerca de 64% das mulheres atendidas relataram não ter tido direito ao acompanhante durante o parto e que pelo menos 15,4% delas sequer sabiam da existência desses direitos.

A recusa em permitir a entrada do acompanhante é pautada dentre os mais variados argumentos como a modalidade de parto (em que o hospital/médico alega ser permitido em apenas uma das modalidades de parto), sistema de atendimento (em que hospitais públicos argumentam que a lei só vale para os hospitais particulares e vice-versa), momento do acompanhamento (pré-parto, parto ou pós-parto, restringindo a um deles o período de companhia), além de eventual proibição à entrada de acompanhantes que não sejam membros familiares, mesmo que a permissão seja expressa por lei (CIELLO *et al.*, 2012).

Mesmo após dezessete anos da vigência da lei nº. 11.108/2005, é possível observar que a restrição ao acompanhante continuou a ser praticada, conforme se observa no julgado:

RECURSO INOMINADO. PLANO DE SAÚDE. ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO. LEI Nº 11.108/2005. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. 1. Ação ajuizada em 09/05/2018. Recurso inominado interposto em 07/02/2019 e concluso ao relator em 24/04/2019. 2. Restou incontroversa nos autos a seguinte situação fática: a) em 12/08/2017 a autora deu à luz a seu filho, sendo submetida a uma cesariana no hospital da ré, em Foz do Iguaçu (mov. 1.4, 1.8, 1.9 e 1.10); b) o marido da autora, apesar de presenciar o nascimento do filho, foi posteriormente impedido de permanecer no local como acompanhante (mov. 1.5). 3. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005, art. 19-J). 4. “A Lei nº 11.108/2005, também denominada de Lei do Parto ou Parto Humanizado, alterou a Lei nº 8.080/1990 para “garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS **Assim, a presença de acompanhante não é mera faculdade que fica a critério do médico ou do hospital, mas sim um direito da parturiente e de seu acompanhante**” (Apelação Cível 700074397753, Rel. Lusmary , Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul). 5. No caso vertente, conforme afirmado pela própria ré em contestação (mov. 12.1, pág. 5), o acompanhante indicado pela autora, seu marido, não foi autorizado a permanecer na sala de recuperação das parturientes. **Ocorre que a presença do acompanhante, ressalta-se, apenas durante o parto, não é suficiente para atender aos critérios estabelecidos pela Lei nº 11.108/2005.** 6. Pelas especificidades dos fatos, constata-se que a autora sofreu dano indenizável. Isso porque, considerando que a parturiente possui o direito de ter um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, indevida a proibição imputada pela ré. 7. O valor fixado pelo juízo sentenciante não merece reforma (R\$ 7.000,00), visto que atende às particularidades do caso concreto e respeita os princípios da proporcionalidade e razoabilidade. 8. Recurso desprovido. 9. Condene a parte recorrente ao pagamento de honorários de sucumbência de 20% sobre o valor atualizado da condenação. Custas devidas (Lei Estadual 18.413/14, arts. 2º, inc. II e 4º, e instrução normativa – CSJEs, art. 18). (TJPR - 2ª Turma Recursal - 0013386-59.2018.8.16.0030 - Foz do Iguaçu - Rel.: Juiz Alvaro Rodrigues Junior - J. 13.08.2019) (TJ-PR - RI: 00133865920188160030 PR 0013386-59.2018.8.16.0030 (Acórdão), Relator: Juiz Alvaro Rodrigues Junior, Data de Julgamento: 13/08/2019, 2ª Turma Recursal, Data de Publicação: 14/08/2019) (grifos meus)

Com isso evidencia-se que, mesmo com a vigência da lei e a devida ciência pelas partes que integram o acontecimento, esta segue sendo violada pela imposição institucional que se coloca em uma relação hierárquica verticalizada, na qual a paciente é o polo que deve se sujeitar às condições impostas.

Assim, no intuito de suprir a lacuna legislativa federal no que se refere à uma lei específica, alguns estados criaram leis sobre o assunto, na tentativa de sanar as necessidades locais acerca do tema.

3.1 Legislações Estaduais

No presente estudo, foram analisadas as legislações que citam diretamente o termo “violência obstétrica” e apresentam disposições sobre o assunto. Nesse sentido, foram encontradas legislações relativas a dez estados, quais sejam, Piauí, Pernambuco, Minas Gerais, Paraná, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Tocantins e Distrito Federal.

Nesse sentido, as leis analisadas citam a violência obstétrica como uma prática violadora do parto humanizado, sendo algumas vezes o objeto acessório da lei, como é o caso da lei de Santa Catarina que, após a revogação da lei estadual 17.097/2017, responsável pela tratativa específica sobre o assunto, insere a violência obstétrica como uma das modalidades de violência praticadas contra mulheres, de modo semelhante ao que ocorre na legislação venezuelana.

Entretanto, a maior parte das legislações tem a violência obstétrica como principal ponto de abordagem. Tal tratamento pode ser evidenciado com a observação das ementas, conforme quadro abaixo:

ESTADO	LEI Nº.	EMENTA
DF*	6.144/2018	Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal.
GO	19.790/2017	Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás.
MG	23.175/2018	Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado.
MS	5.217/2018	Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências.

PE	16.499/2018	Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco.
PI	7.750/2022	Dispõe sobre assistência humanizada, antirracista e não transfóbica; estabelece medidas sobre o direito a ter uma doula durante o parto, nos períodos de pré-parto, pós-parto e em situação de abortamento; garantia do direito de se manifestar através de seu plano individual de parto durante o período de gestação e parto; institui mecanismos para coibir a violência obstétrica no estado do Piauí.
PR	19.701/2018	Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica.
RO	4.173/2017	Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no Estado de Rondônia.
SC	18.322/2022	Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.
TO	3.385/2018	Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins.

Fonte: elaboração da autora.

*Embora o DF não seja um estado, aqui está inserido por ser considerado uma unidade da federação.

Todas as leis estaduais dos estados citados apresentam uma classificação do que se considera como violência obstétrica. Não obstante todas apontarem para as práticas dos estabelecimentos hospitalares e profissionais de saúde, abordando como uma forma de violência institucional, algumas ampliam a conceituação para abarcar também os familiares que praticam tais atos contra a grávida, como é o caso dos estados de Tocantins, Goiás, Rondônia, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina.

Assim, se pode exemplificar com a definição dada pela Lei 4.173/2017 de Rondônia (2017):

Art. 2º. Considera-se violência obstétrica todo ato ou omissão praticado por médico, enfermeiro, qualquer pessoa ou profissional do hospital, **ou ainda, por familiar ou acompanhante**, que ofenda de forma verbal, física ou emocional, mulheres gestantes em trabalho de parto, ou ainda, no período do puerpério. (grifo meu)

Ainda, a definição apresentada pela Lei 7.750/2022 do Piauí (2022) ratifica o posicionamento da violência obstétrica como uma manifestação da violência de gênero:

Art. 16. Para efeito desta Lei, **considera-se violência obstétrica contra a mulher qualquer ação ou omissão, baseada no gênero**, durante a gestação, trabalho de parto, período puerpério e em situação de abortamento, que lhe cause dor excessiva, morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, dano moral ou patrimonial, praticadas pela administração hospitalar, seus funcionários ou terceirizados, pela equipe de saúde, Doula, no ambiente hospitalar, públicos ou privados, incluindo redes de saúde suplementar e filantrópica e serviços prestados de forma autônoma. (grifo meu)

Como pode ser observado no artigo supracitado, há também a inclusão das doulas, assistentes de parto não necessariamente técnicas na área da saúde, como possíveis sujeitos ativos da violência, também incluídas na lei estadual do Goiás.

A maior parte das legislações cita condutas específicas que se enquadram como práticas de violência obstétrica, tais como: a) o tratamento agressivo dirigido à gestante; b) o tratamento de menosprezo motivado por características físicas da parturiente, como estrias e pelos; c) o induzimento à realização de parto cesariano, sem comprovação técnica de sua necessidade; d) a recusa do atendimento referente à realização do parto; e) o impedimento ao contato cutâneo entre mãe e bebê imediatamente após o parto; f) constranger a parturiente por gritos, medo ou dúvidas; g) o tratamento de inferiorização destinado à mulher, tratando-a como incapaz.

Ainda, em todas as legislações analisadas é ratificado o direito ao acompanhante e o direito à parturiente não ser algemada durante o parto, conforme alteração no art. 292 do Código de Processo Penal acrescida pela Lei federal nº. 13.434/2017.

No caso da legislação piauiense (PIAUÍ, 2022), não são citados comportamentos que podem ser considerados como violência obstétrica. Não obstante a isso, são discriminadas as formas de violência, abrangendo desde a violência física até a patrimonial, conforme se extrai:

Art. 17. São formas de violência obstétrica contra a mulher, entre outras:
I - a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal, e sem recomendações baseada em evidências científicas;

II - a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima, da sua autonomia, que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento sexual e reprodutivo, que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica, e à autodeterminação;

III - a **violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja, violando sua intimidade ou pudor, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo; de qualquer modo, viole a sua sexualidade, que a force a se submeter à realização de exames e procedimentos com propósitos exclusivamente de pesquisa, investigação, treinamento e aprendizagem mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a **violência patrimonial**, entendida como qualquer ação e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processo reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica;

V - a **violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Parágrafo único. As pessoas enunciadas neste artigo independem da identidade de gênero e orientação sexual. (grifo meu)

Dessa forma, apesar de não pormenorizar as condutas, a legislação é nítida ao assegurar à parturiente o direito de se negar aos exames de toque praticados sucessivamente por vários profissionais diferentes e a submissão ao procedimento da episiotomia sem necessidade técnica justificada.

Destacam-se as leis dos estados do Paraná e de Pernambuco quanto à inserção de práticas inclusivas abordando expressamente condutas que possibilitem a equidade dos direitos das parturientes com deficiência. No caso da legislação do Paraná, é permitido que a parturiente seja acompanhada nos estabelecimentos de saúde por um intérprete de libras, em caso de deficiência auditiva (PARANÁ, 2018).

No estado de Pernambuco, é assegurado a utilização de tecnologias assistivas inclusivas de acordo com a deficiência, que possam contribuir para a humanização do parto (PERNAMBUCO, 2018).

Todos os dispositivos legais priorizam a divulgação de informação às parturientes, prevendo a confecção de cartilhas sobre a violência obstétrica ou mesmo da obrigatoriedade de cartazes nos estabelecimentos de saúde públicos ou particulares, além da disposição e incentivo acerca da realização de partos humanizados, levando em consideração a vontade e as escolhas das parturientes.

Entretanto, a maior parte das legislações não é nítida quanto à aplicação de sanções para o descumprimento dos seus dispositivos, muitas vezes delegando a outras normas qualquer tratativa sobre o assunto, se remetendo apenas à “aplicação das sanções cabíveis”.

Cumprе ressaltar, no entanto, as leis do Paraná e Piauí, que apresentam previsões mais específicas relativas ao pagamento de multas pelo descumprimento legislativo. Salienta-se o dispositivo piauiense, por também abordar inclusão equitativa, estabelecendo multa majorada quando a prática inclui lesbofobia ou transfobia, como pode ser verificado (PIAUI, 2022):

Art. 25. O descumprimento desta Lei sujeitará:

I - os estabelecimentos ao pagamento de multa no valor de 1.000 UFR-PI (mil vezes a Unidade Fiscal de Referência do Estado do Piauí), aplicada em dobro em caso de reincidência; e

II - os funcionários, terceirizados e profissionais de saúde ao pagamento de multa no valor de 100 UFR-PI (cem vezes a Unidade Fiscal de Referência do Estado do Piauí), aplicada em dobro em caso de reincidência.

Parágrafo único. **Em casos de racismo, lesbofobia e transfobia, o descumprimento desta Lei sujeitará os estabelecimentos ao pagamento de multa no valor de 3.000 UFR/PI (três mil vezes a Unidade Fiscal de Referência do Estado do Piauí), aplicada em dobro em caso de reincidência;** e os funcionários, terceirizados e profissionais de saúde ao pagamento de multa no valor de 3.000 UFR/PI (três mil vezes a Unidade Fiscal de Referência do Estado do Piauí), aplicada em dobro em caso de reincidência. (grifo meu)

Assim, tem-se que as legislações estaduais ao reconhecerem diretamente a violência obstétrica como uma forma específica de violência contra a mulher, representam um grande avanço no que se refere à difusão de informações relativas ao reconhecimento das condutas como violações, possibilitando que as vítimas tenham acesso aos procedimentos e mecanismos que auxiliam nas denúncias, além do incentivo à realização do parto humanizado.

Apesar disso, evidencia-se que nem todos os estados adotam essa perspectiva, dispondo de maneiras diferentes sobre o assunto, essencialmente no que se refere à aplicação das sanções, o que agrava os questionamentos acerca da eficácia de tais dispositivos.

Além disso, a resistência apresentada por parte da classe médica no reconhecimento da violência obstétrica, o que aconteceu inclusive no âmbito da legislação estadual, como no caso do Piauí, em que o Conselho Regional de Medicina (CRM-PI) e o Sindicato dos Médicos do Piauí (SIMEPI) se manifestaram abertamente contra a lei, considerando-a como uma “interferência no ato obstétrico”, sendo favoráveis à sua revogação (FERREIRA; MOURA, 2022), é um dos fatores que levantam questionamentos sobre a efetividade das legislações.

3.2 A potencial legislação federal

Como já anteriormente abordado, prevalece a ausência de uma legislação federal que discorra sobre a violência obstétrica. Entretanto, é possível verificar que a lacuna legislativa não ocorre por falta de iniciativas legislativas sobre o assunto.

Segundo pesquisa realizada pelo Centro Feminista de Estudo e Assessoria (Cfemea), coexistem em trâmite na Câmara dos Deputados cerca de 13 projetos legislativos que abordam a violência obstétrica, sendo o mais antigo deles proposto há 10 anos (FERREIRA; DUARTE, 2022).

Nesse sentido, optou-se na presente pesquisa analisar dois projetos de lei, o PL nº 2082/2022 de iniciativa Senado Federal e o PL nº 878 de iniciativa da Câmara dos Deputados, em razão de serem os projetos mais recentes relativos ao assunto tramitando em suas respectivas casas, além de abordarem o tema sob perspectivas jurídicas diferentes.

O PL 2082/2022, de iniciativa da senadora Leila Barros, propõe alterações no Código Penal para inserir a tipificação da violência obstétrica como conduta criminosa, da qual pode resultar para o autor pena de detenção de três meses a um ano, com a inserção de condição qualificadora caso a vítima seja menor de 18 anos ou maior de 40 anos, casos em que a pena pode variar entre seis meses e dois anos (BRASIL, 2022).

Outrossim, o mencionado projeto de lei acrescenta à Lei 8.080/1990 a inserção de uma conceituação da violência obstétrica, assim como a obrigação do SUS e redes privadas de atendimento à saúde em realizar ações com o intuito de combater as práticas de violência obstétrica.

O PL nº 878/2019 de autoria da deputada federal Talíria Petrone e outros, coloca em plano legal a configuração para promoção do parto humanizado, na medida em que ratifica o direito à elaboração de Plano Individual de parto, já recomendado pelo Ministério da Saúde, documento no qual a parturiente elenca os procedimentos a serem adotados durante o período de realização do parto, de acordo com a sua vontade.

Segundo esse projeto de lei, tais disposições só poderiam ser contrariadas em casos de urgência ou emergência para garantir a saúde da parturiente ou do bebê, devendo ser registradas em prontuário médico com a devida justificativa clínica (BRASIL, 2019).

A partir disso, de acordo com o art. 10, indispensável seria a justificativa clínica para a realização de procedimentos como lavagem intestinal, a utilização de ocitocina sintética, a episiotomia, os esforços excessivos durante o período expulsivo, remoção manual da placenta e o jejum compulsório da parturiente durante o trabalho de parto (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, o projeto legislativo adota definição para a ocorrência de violência obstétrica e estabelece um rol não taxativo de condutas específicas em um molde semelhante ao adotado pelas leis estaduais, considerando as violências verbais e físicas já mencionadas, além de citar o desincentivo à manobra de valsalva, técnica que compreende em prender a respiração nasal e oral e fazer pressão colocando força para externar o feto.

Quanto às medidas sancionatórias, o referido projeto de lei dispõe em seu art. 17:

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

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

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos. (BRASIL, 2019)

A legislação sanitária federal mencionada no dispositivo compreende a Lei nº. 6.437/77, que ao regradar sobre a penalidade de multa, estabelece que esta irá variar de acordo com a gravidade da conduta, podendo chegar até a quantia de R\$1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais) se for considerada gravíssima (BRASIL, 1977).

Dessa forma, realizando uma análise comparativa, percebe-se que a penalidade estabelecida pelo projeto de lei supracitado é mais específica do que a encontrada na maior parte das legislações estaduais, estabelecendo liames mais claros quanto à sua aplicação.

Tal delineamento pode ser explicado tendo em vista a competência privativa da União, conforme estabelece o art. 22, I, da Constituição Federal da República, em legislar sobre direito penal e processo penal. Dessa forma, apenas uma legislação federal pode estabelecer parâmetros acerca de uma possível sanção criminal pelas práticas violadoras cometidas no âmbito obstétrico (BRASIL, 1988).

Além disso, em observação aos dois projetos de lei que tramitam nas duas casas, percebe-se que apresentam uma relação de complementaridade, haja vista o projeto do Senado ter foco na inclusão de medidas de combate à violência obstétrica, tanto na lei que regula o SUS, como no próprio Código Penal, estabelecendo punição de caráter criminal, enquanto o PL da Câmara prioriza a valorização da adoção do parto humanizado, especificando direitos das parturientes e detalhando as formas que essa violência poderia se externar, estabelecendo penalidades mais administrativas.

Não obstante às considerações elencadas, algumas práticas violadoras podem ser objeto de responsabilizações em âmbitos diferentes. É o caso, por exemplo, da responsabilidade civil, com a reparação de danos morais ou estéticos pelo médico. No entanto, tal responsabilidade é subjetiva, e encontra-se elencada no art. 951 do Código Civil (BRASIL, 2002):

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

Nesse ínterim, a responsabilidade médica necessita que haja comprovação através da demonstração da conduta do agente resultar em dano, o que nos casos de

violência obstétrica nem sempre é possível a ocorrência dessa comprovação, podendo ser citado como exemplo a ocorrência das violências verbais.

Ademais, se as próprias formas de violência não são uniformemente reconhecidas através dos órgãos oficiais ou por disposição legal, a comprovação de tais práticas através de alegação da paciente resta dificultada.

No âmbito penal, poderá haver a responsabilização por erro médico, entretanto é adotada a teoria subjetivista da culpa, na qual o agente não quer o dano ou assume o risco de produzi-lo, sendo a classificação subjetiva e, portanto, de difícil caracterização como crime (FRANÇA, 2019).

Dessa forma, verifica-se que não há mecanismo sancionatório que satisfaça as demandas relativas aos casos de violência obstétrica, haja vista que muitas vezes, pelo fato de a responsabilidade subjetiva precisar ser comprovada, resta impune a forma violadora de atuação adotada pelo profissional.

Sem liames claros de uma definição legal uniformizada do que podem ser considerados atos violadores da dignidade da parturiente no âmbito do ato do parto, é caracterizada uma insegurança jurídica e a corroboração da condição de vulnerabilidade do corpo feminino.

Nesse sentido, conforme preceitua Paulo Nader (2021) o direito tem existência dentro da própria sociedade e em função dela, devendo refletir os fatos sociais de modo que o legislador deve observar a vontade coletiva e transportá-la aos códigos.

Sendo assim, haja vista o crescente aumento de casos de violência obstétrica no Brasil e a latente necessidade de que os direitos fundamentais das mulheres sejam respeitados não somente em estados específicos, mas em todo o contexto nacional, se faz necessário que os legisladores se comprometam com a aprovação de uma legislação federal que leve em consideração os direitos das parturientes dentro do território nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a institucionalização do parto e o excesso de medicalização dos corpos femininos baseado em um sistema de parto tecnocrático, se estabelece uma relação hierárquica entre médico e parturiente, diante da qual esta deve se submeter às ordens daquele, muitas vezes de forma indiscriminada.

Esse *modus operandi* demonstra a invisibilização da mulher como sujeito de direito, a partir da qual é subjugada as práticas que violam sua integridade física, psíquica e sexual, submetida a uma posição de “objeto” disposto sob a responsabilidade do profissional de saúde, culminando na ocorrência da violência obstétrica.

Assim, a violência obstétrica representa flagrante violação aos direitos humanos e fundamentais das mulheres, em que, sujeitas a tratamento degradante, têm a dignidade humana, autonomia sobre seu corpo e intimidade violados.

Embora os direitos fundamentais sejam normas de eficácia plena e imediata, ou seja, que não dependem diretamente de norma infraconstitucional para produzirem seus efeitos, depreende-se que a efetivação desses direitos não se esgota com a sua inserção no corpo dispositivo da Carta Magna, mas necessita estar em pleno funcionamento dentro das relações estabelecidas em sociedade (FACHIN, 2007).

Com os dados coletados, tem-se que a estimativa em 2010 era de que 25% das mulheres brasileiras eram vítimas da violência obstétrica e que tais procedimentos ocorrem tanto na rede pública quanto na rede privada (VENTURI; GODINHO, 2013).

Não obstante ao fato de alguns estados regularem o assunto na tentativa de assegurar o direito das mulheres a um parto nas condições necessárias, observa-se que a prática da violação obstétrica ocorre de forma generalizada, de modo que não se pode deixar que a temática tenha alcance em apenas parte do país, a depender de legislações estaduais ou municipais que explorem o tema.

Nesse sentido, o número expressivo de ocorrências demonstra a urgência de uma lei que necessariamente alcance todas as potenciais vítimas, entendendo que os direitos fundamentais seriam mais eficazmente observados com a corroboração a partir de um dispositivo federal que trate sobre o tema.

Nesse diapasão, a disposição legal seria um modo de definir a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, caracterizar sua ocorrência e ratificar o direcionamento clínico ao parto humanizado.

Dessa maneira, o dispositivo federal deve levar em consideração os recortes sociais de gênero, raça e classe para o desenvolvimento de uma legislação que funcione de maneira eficaz ao combate das práticas violadoras, considerando que os delineamentos sociais subjugam todas as parturientes, mas fragilizam umas mais que as outras, como é o caso das mulheres negras, lésbicas e parturientes trans.

Portanto, necessário que seja considerada a diversidade do polo de vítimas e sua inclusão, conforme pode ser observado nas legislações Piauiense e Paranaense.

Uma legislação federal também se apresenta como um fator importante para a propagação de informações relativas às possíveis violações a que possam estar submetidas as parturientes, haja vista o desconhecimento por parte de muitas delas da caracterização de tais atos como violações, por serem normalizados dentro da prática clínica.

A legislação desacompanhada de outras práticas, contudo, não tem o condão de ser a resolução da problemática, sendo imprescindível que sejam utilizados mecanismos de fiscalização por parte dos entes estatais, que funcionem de forma eficiente, tanto na averiguação das condutas adotadas dentro dos ambientes clínicos e hospitalares, como na prerrogativa de prevenção para que tais condutas não se efetivem.

Neste sentido, demonstra-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas que promovam o andamento de um processo de readequação do tratamento dispensado pelos profissionais de saúde às parturientes priorizando a utilização da prática humanizadora, tanto para os profissionais atuantes, como na metodologia de ensino dos futuros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, 2010.

ALMEIDA, Marcélia Ferreira de. **A violência obstétrica como afronta aos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia**. 2018. 82 f. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

ARGENTINA. **Ley nº 26.485**. LEY DE PROTECCION INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS AMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES. Buenos Aires, 2009. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

BALOGH, Giovanna. Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade. **Folha de São Paulo**, 2014. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei nº 878, de 19 de fevereiro de 2019**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1712064&filename=PL+878/2019. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 13 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977**. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria n.º 569/2000 do Ministério da Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de lei nº 2.082, de 21 de julho de 2022**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Brasília: Senado Federal, 2022. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9189190&ts=1661339265394&disposition=inline>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Sobre a violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

CIELLO, Cariny *et al.*. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Parto do Princípio Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, [s.l.], 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367>. Acesso em: 16 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. **RECOMENDAÇÃO Nº 05, DE 09 DE MAIO DE 2019**. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. Brasília, 09 maio 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Recomendacon5ViolenciaObsttrica.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde 1/3 RECOMENDAÇÃO Nº 012, de 26 de maio de 2022**. Recomenda a revogação da Portaria MS nº 715/2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 e a revogação da 6ª edição da Caderneta da Gestante, do Ministério da Saúde. [S. l.], p. s.p, 26 maio 2022. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2022/Reco012.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Violência obstétrica: CNS se posiciona contra extinção do termo**, proposta pelo Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/588-violencia-obstetrica-cns-se-posiciona-contr-extincao-do-termo-proposta-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CREMESP. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. Cadernos CREMESP. 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2004.

CRUZ, Jaíne Quele. Mulher não consegue engravidar e descobre que passou por laqueadura sem autorização em Ji-Paraná, RO. **G1**. 02 set 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2022/09/02/mulher-nao-consegue->

engravidar-e-descobre-que-passou-por-laqueadura-sem-autorizacao-em-ji-parana-ro.ghhtml. Acesso em: 10 out 2022.

CÚPULA JUDICIAL IBERO-AMERICANA. Regras de Brasília sobre acesso à Justiça das pessoas em condição de vulnerabilidade. In: XIV **Conferência Judicial Ibero-americana**. Brasília. 2008. Disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtksite/100-Regras-de-Brasilia-versao-reduzida.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

DANTAS, Bruno *et al.*. **CONSTITUIÇÃO DE 1988**: O Brasil 20 anos depois (Os Alicerces da Redemocratização) – volume I. Editora Senado Federal, 2008.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface (Botucatu. Online)**, v. 20, p. 253-259, 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. n. Jun. 2014, 2001.

DINIZ, Simone *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**, 2015.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 6.144, de 7 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. [S. l.], p. s.p, 7 jun. 2018. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_06_2018.html. Acesso em: 20 nov. 2022.

DOMINGUES, Fillipe. Ministério diz que termo ‘violência obstétrica’ é ‘inadequado’ e deixará de ser usado pelo governo. **G1**, [S. l.], p. S.P., 7 maio 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghhtml>. Acesso em: 15 nov. 2022.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Posicionamento FEBRASGO contra o termo violência obstétrica**. [s.l.], s.p, 04 abr. 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1435-posicionamento-febrasgo-contra-violencia-obstetrica>. Acesso em: 15 nov 2022.

FERREIRA, Livia; MOURA, Laura. Entidades médicas criticam lei do parto humanizado: ‘interferência no ato obstétrico’, diz diretora do Simepi. **G1 PI**, [S. l.], p. online, 15 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2022/06/15/entidades-medicas-sao-a-favor-da-revogacao-da-lei-do-parto-humanizado-interferencia-no-ato-obstetrico-diz-diretora-do-crm-pi.ghhtml>. Acesso em: 21 nov. 2022.

FERREIRA, Paula; DUARTE, Melissa. Violência obstétrica pode ser combatida por 13 projetos de lei que estão parados no Congresso. **O Globo**, [S. l.], p. s.p, 26 jul.

2022. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2022/07/violencia-obstetrica-e-lacuna-na-atuacao-do-congresso-nacional.ghtml>. Acesso em: 21 nov. 2022.

FLORES, Joaquín Herrera. **A reinvenção dos direitos humanos**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253519/mod_resource/content/1/Joaquin%20Herrera%20Flores%20-%20A%20reinven%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20humanos.pdf. Acesso em: 27 nov. 2022.

FRANÇA, Genival Veloso. **Comentários ao Código de Ética Médica**, 7ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019.

GIUSTI, Daiane. **A Evolução Dos Direitos Fundamentais No Brasil**. Monografia (Especialização em Direito Público: Ênfase em Direito Constitucional e Administrativo) -Universidade Comunitária Regional de Chapecó, UNOCHAPECÓ. Chapecó –SC, 2012.

GOIÁS. **Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017**. Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás. [S. l.], 24 jul. 2017. Disponível em: <https://legisla.casacivil.go.gov.br/api/v2/pesquisa/legislacoes/99105/pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

GUEDES, Aline. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil. Agência Senado. 28 ago 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>>. Acesso em: 07 out 2022.

GUEDES, Cristiane Achilles.; BORGES, Luiza Nogueira. Pelo direito de parir: a violência obstétrica na perspectiva dos direitos humanos. **Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 17, p. 59–91, 2017. Disponível em: <https://revistadpers.emnuvens.com.br/defensoria/article/view/179>. Acesso em: 10 out. 2022.

KANT, Immanuel. **FUNDAMENTAÇÃO DA METAFÍSICA DOS COSTUMES**. Grupo Almedina (Portugal), 2014. E-book. ISBN 9789724421964. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9789724421964/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

KONDO, Cristiane; WERNER, Lara. Violência obstétrica e sua configuração no Brasil. DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2013 **Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos**. Disponível em http://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf. Acesso em: 28 set. 2022.

LARGURA, Marília. **A assistência ao parto no Brasil**. 3.ed. São Paulo: 2006.

LEAL, Maria do Carmo *et al.*. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2017, v. 33, n. Supl 1,

e00078816. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>>. Epub 24 Jul 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: 14 nov. 2022.

LUCCHESE, Bette. Além de estupro, anestesista pode responder por violência obstétrica; polícia investiga se vidas de grávidas estiveram em risco. **G1 Rio**, Rio de Janeiro, p. s.p, 13 jul. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/13/alem-de-estupro-anestesista-pode-responder-por-violencia-obstetrica-policia-investiga-se-vidas-de-gravidas-estiveram-em-risco.ghtml>. Acesso em: 12 set. 2022.

MACHADO, Lia Zanotta. **Perspectivas em confronto**: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?. Série Antropológica, n.284, Brasília, 2000.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MARQUES, Silvia Baldim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**. Brasília. Jan/mar 2020.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. [S. l.], p. s.p, 27 nov. 2022. Disponível em: https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9684_27_06_2018. Acesso em: 15 nov. 2022.

MENDES, Soraia da Rosa (Org.). **Da Carta das mulheres aos dias atuais**: 25 de anos de luta pela garantia dos direitos fundamentais das mulheres. Brasília: IDP, 2013.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. [S. l.], 22 dez. 2018. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/23175/2018/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

NADER, Paulo. **Introdução ao Estudo do Direito**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9786559642755. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559642755/>. Acesso em: 26 nov. 2022.

NASCIMENTO, Maria Nepumoceno do; BOTELHO, Daniela Garcia. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOB O PRISMA DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE**. São Paulo, v.8. n.07. Jul.2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6333/2431>. Acesso em: 08 out. 2022.

NOBRE JÚNIOR, Edilson Pereira. O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. São Paulo: Juris Síntese, 2000.

OPAS. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS.** Genebra, 16 jun. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 07 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** (OMS/WHO). Rio de Janeiro: NEPP-DH, 1946. Disponível em: <http://www.nepp-dh.ufrj.br/oms2.html>. Acesso em: 23 out. 2022.

_____. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 24 set. 2022.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10032020-120733/publico/DR_325_Osava_1997.pdf Acesso em: 18 ago. 2022.

PARANÁ. **Lei nº 19.701, de 21 de novembro de 2018.** Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. [S. l.], 21 nov. 2018. Disponível em: http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=51636&tipo=L&tplei=0. Acesso em: 20 nov. 2022.

PELLEGRINELLO. Ana Paula. **Reprodução humana assistida:** a tutela dos direitos fundamentais das mulheres. Curitiba: Juruá, 2014.

PERNAMBUCO. **Lei nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018.** Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Recife, 6 dez. 2018. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=16499&complemento=0&ano=2018&tipo=&url=>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PESTANA, Barbara Mota. Direitos fundamentais: origem, dimensões e características. **Conteúdo Jurídico**, online, 2017. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/50756/direitos-fundamentais-origem-dimensoes-e-caracteristicas>. Acesso em 12 nov. 2022.

PIAUÍ. **Lei nº 7.750, de 14 de março de 2022.** Dispõe sobre assistência humanizada, antirracista e não transfóbica; estabelece medidas sobre o direito a ter uma doula durante o parto, nos períodos de pré- parto, pós-parto e em situação de abortamento; garantia do direito de se manifestar através de seu plano individual de

parto durante o período de gestação e parto; institui mecanismos para coibir a violência obstétrica no estado do Piauí. Teresina, 14 mar. 2022. Disponível em: https://sapl.al.pi.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2022/5172/lei_no_7.750_de_14_de_marco_de_2022_promulga_lei_que_dispe_sobre_assistencia_humanizada_an_tirracista_e_no_transfbica.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar** (Rio de Janeiro-1934/ 1951). 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (Brasília). NOSSA HISTÓRIA. *In: Nossa História*. [S. l.], 2 out. 2022. Disponível em: <https://rehuna.org.br/nossa-historia/>. Acesso em: 9 out. 2022.

RIBEIRO, Aline. Violência obstétrica atinge cerca de 45% das mulheres na rede pública brasileira; vítimas perdem bebês e ficam com lesões. **O Globo**, [S. l.], p. s.p, 26 dez. 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/violencia-obstetrica-atinge-cerca-de-45-das-mulheres-na-rede-publica-brasileira-vitimas-perdem-bebes-ficam-com-lesoes-25332302>. Acesso em: 10 set. 2022.

RONDÔNIA. **Lei nº 4.173, de 4 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no Estado de Rondônia. [S. l.], 4 nov. 2017. Disponível em: https://sapl.al.ro.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2017/8159/8159_texto_integr_al.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

SANTOS, Mariana Beatriz B. dos. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A VIOLAÇÃO AOS DIREITOS DA PARTURIENTE E A DESUMANIZAÇÃO DO PARTO. **Revista do Direito**. V.7 n.1, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**: Editora Saraiva, 2022. E-book. ISBN 9786553620490. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553620490/>. Acesso em: 09 nov. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SANTA CATARINA. **Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022**. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. [S. l.], 5 jan. 2022. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html. Acesso em: 20 nov. 2022.

SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maia dos; VARGEN, Octavio Muniz da Costa. Medicalização X Humanização: O cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem**, v.13, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317459417_Medicalizacao_x_Humaniza_cao_o_cuidado_ao_parto_na_historia. Acesso em: 22 set. 2022.

SILVA, Artenira da Silva e; SERRA, Maiane Cibeles de Mesquita. Uma imposição social de dor para além da dor do parto: violência obstétrica como violência de gênero. **Revista Libertas**. Direito UFOP, Ouro Preto, v. 4, n. 1, pp. 67-84, ago./set. 2018.

SILVA, Reinaldo Pereira e. A teoria dos direitos fundamentais e o ambiente natural como prerrogativa humana individual. **Revista de direito ambiental**. São Paulo, ano. 12, n. 46, p. 164–189, abr./jun./2007.

SOUZA, Larissa Velasquez de. **‘Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir’ violência obstétrica no Brasil: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015)**. Rio de Janeiro: s. n., 2022. 244 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2022.

TEPEDINO, Gustavo; TERRA, Aline de Miranda V.; GUEDES, Gisela Sampaio da C. **Fundamentos do Direito Civil: Responsabilidade Civil**. v.4. Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559643967. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559643967/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

TOCANTINS. **Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018**. Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. [S. l.], 27 jul. 2018. Disponível em: https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3385-2018_53238.PDF. Acesso em: 20 nov. 2022.

VENEZUELA. **Ley nº. 38.668. LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA**. Caracas, 2007. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC-SP; 2013

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5y44SctJDC9ZMc5bBJbYVZJ/?lang=pt> Acesso em: 01 set 2022.

YONESCHUIGUE, Bernardo; GONÇALVES, Mariana. Médicos condenam novo documento do Ministério da Saúde para gestantes. **Jornal O Globo**, 2022. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/rece-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1859-1868, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nqv3K7JRXxmrBvq5DcQ88Qz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 set 2022.