

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

WANESSA CECILE LIMA PAMPLONA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS DA PARTURIENTE: A
PROTEÇÃO CONTRA ESSA VIOLÊNCIA DE GÊNERO POR MEIO DA
LEGISLAÇÃO**

BELÉM
2022

WANESSA CECILE LIMA PAMPLONA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS DA PARTURIENTE: A
PROTEÇÃO CONTRA ESSA VIOLÊNCIA DE GÊNERO POR MEIO DA
LEGISLAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção de grau em
Bacharel em Direito, pelo Centro Universitário
do Estado do Pará.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lívia Moura

BELÉM
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

P185v Pamplona, Wanessa Cecile Lima.

A violência obstétrica e os direitos da parturiente : a proteção contra essa violência de gênero por meio da legislação / Wanessa Cecile Lima Pamplona. — Belém, 2022.

22 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Bacharelado em Direito, Belém, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Teixeira Moura Lobo.

1. Violência obstétrica. 2. Direito das mulheres. I. Lobo, Livia Teixeira Moura (orient.). II. Título.

CDD 341.27

WANESSA CECILE LIMA PAMPLONA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS DA PARTURIENTE: A
PROTEÇÃO CONTRA ESSA VIOLÊNCIA DE GÊNERO POR MEIO DA
LEGISLAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção de grau em
Bacharel em Direito, pelo Centro Universitário
do Estado do Pará.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lívia Moura

Data de aprovação: ____/____/____

Conceito:

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a LÍVIA MOURA - Orientadora

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Nome com titulação
Instituição a que pertence

Nome com titulação
Instituição a que pertence

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS DA PARTURIENTE: A
PROTEÇÃO CONTRA ESSA VIOLÊNCIA DE GÊNERO POR MEIO DA
LEGISLAÇÃO**

**OBSTETRIC VIOLENCE AND THE RIGHTS OF THE PARTURIENT:
PROTECTION AGAINST THIS GENDER VIOLENCE THROUGH LEGISLATION**

Wanessa Cecile Lima Pamplona 1¹
Lívia Moura²

RESUMO

Atualmente, as brasileiras sofrem com a violência obstétrica, que apesar de recorrente, nem sempre é denunciada, devido ao entendimento criado de que o parto é um momento de dor necessária. Para além disso, é difícil a realização do seu combate, visto que as parturientes não possuem uma lei específica para recorrer e buscar proteção. Esta pesquisa realiza um estudo teórico sobre a ausência de legislação específica contra a violência obstétrica. Assim, possui como objetivo demonstrar a importância da legislação na garantia dos direitos da parturiente, como uma forma de combate à violência obstétrica, sob uma perspectiva de gênero. Para isso, analisa-se os elementos jurídicos, históricos e sociais que contribuem para este cenário, permitindo constatar a influência do patriarcado e da violência de gênero para a perpetuação dessa violência. A partir dessa pesquisa, concluiu-se que os esforços realizados pelo Estado brasileiro, por meio da criação de algumas legislações em relação ao parto, não são suficientes para resguardar a dignidade, autonomia e saúde das mulheres e de seus bebês.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Direitos violados; Legislação específica; Combate à violência de gênero.

ABSTRACT

Currently, Brazilian women suffer from the problem of obstetric violence, although recurrent, it is not always possible to identify it, due to a created understanding that childbirth is a moment of necessary pain. In addition to its identification, it is difficult to combat it since parturients do not have a specific law to resort to and seek protection. This research carries out a theoretical study on the absence of specific legislation against obstetric violence. Thus, it aims to demonstrate the importance of legislation in guaranteeing the rights of parturients, as a way of combating obstetric violence, from a gender perspective. For this, the legal, historical and social elements that contribute to this scenario are analyzed, allowing to verify the influence of patriarchy and gender violence for the perpetuation of this violence. From this research, it was concluded that the efforts made by the Brazilian State, through the creation of some legislation in relation to childbirth, are not enough to safeguard the dignity, autonomy and health of women and their babies.

Key words: Obstetric violence; Violated rights; Specific legislation; Combating gender-based violence.

¹ Aluna do curso de graduação Bacharelado em Direito, turma Di10NA, wanessa.cecile@gmail.com. 18060367

² Professora orientadora. Doutora em direito pelo programa de pós-graduação em direito da Universidade Federal do Pará- PPGD/UFPA.

1 INTRODUÇÃO

Estudos realizados pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) apontam que no ano de 2010, 1 em cada 4 mulheres no Brasil sofrem algum tipo de violência obstétrica.

Para além dos dados que demonstram como essa violência assola as brasileiras, percebe-se que ela afeta intrinsecamente a mulher, de maneira tão prejudicial à saúde feminina, que é responsável por um ano perdido a cada cinco potenciais anos de vida saudável pela população feminina (HEISE, 1994; WORLD BANK, 1993 apud DINIZ, 2001).

É evidente a importância desse tema para a atualidade, uma vez que é um problema recorrente na sociedade, logo, essa pesquisa busca alertar a comunidade jurídica e fomentar debates acerca da necessidade de uma legislação de proteção as parturientes, a partir de uma perspectiva da violência de gênero. Ademais, será importante do ponto de vista social, visto que promoverá o esclarecimento acerca das nuances da violência obstétrica na sociedade, dessa maneira, será possível que qualquer cidadão identifique essas práticas. A violência obstétrica é entendida como a ação ou omissão que seja direcionada a mulher grávida, parturiente ou puérpera, ou ao seu bebê, que desrespeite a sua autonomia, integridade seja física ou mental (PAES, 2015).

Por muito tempo esse foi um tema invisibilizado, contribuindo para sua perpetuação. Na atualidade, há um certo entendimento por parte de alguns Estados da necessidade de combate dessa violência, como pelo Estado de São Paulo, que promulgou a Lei n. 17.431/21, que dispõe na seção XXII, acerca do direito ao parto humanizado, visando um atendimento que adote somente procedimentos avaliados pela OMS (SÃO PAULO, 2021). Porém, tal legislação apenas é aplicada na jurisdição paulista, ou seja, as mulheres de outros estados que não possuem legislação protetiva específica permanecem desprotegidas.

Este trabalho tem como problema: **de que forma a ausência de legislação específica contra a violência obstétrica impacta na garantia dos direitos da parturiente?**

Para responder tal problema, foi estabelecido como objetivo demonstrar a importância da legislação na garantia dos direitos da parturiente, como uma forma de combate à violência obstétrica, sob uma perspectiva de gênero.

Para o alcance do objetivo geral, entende-se necessário o alcance dos três objetivos específicos, sendo eles: apresentar o conceito de violência obstétrica e o contexto dessa violência no Brasil; analisar a violência obstétrica como consequência do patriarcado e; compreender os direitos das parturientes e as legislações protetivas do Brasil.

A presente pesquisa foi realizada utilizando o método dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, visto que foi realizada consulta a livros, artigos, dissertações, leis e projetos de leis.

Este artigo foi dividido em introdução, três seções de desenvolvimento, considerações finais e referências. Na seção 2, intitulada como “Violência obstétrica”, serão apresentadas as principais formas de manifestação da violência obstétrica, podendo ser exemplificadas pela narcoaceleração e episiotomia de rotina. Ademais, serão evidenciados os dados acerca dessas práticas.

Na seção 3, intitulada “a influência do patriarcado na violência obstétrica”, serão apresentados conceitos como patriarcado, gênero, violência de gênero e como eles se manifestam na sociedade e influenciam na violência obstétrica. Para além disso, será apresentado brevemente o histórico desta violência.

Por fim, na seção 4, intitulada “a violência obstétrica e a legislação brasileira”, tratará acerca das legislações nacionais e estaduais existentes ligadas ao parto.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 O CONCEITO E COMO ELA SE MANIFESTA

A violência obstétrica, segundo Paes (2015), é a ação ou omissão que seja direcionada a mulher no seu pré-natal, parto e/ou puerpério, também conhecido como pós-parto. Esta ação ou omissão é praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia, causando dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, salienta-se, ainda que esse conceito pode ser aplicado a todos os prestadores de serviço de saúde, não apenas aos médicos.

O dossiê elaborado pela rede “parto do princípio” para a CPMI da violência contra as mulheres, intitulado “violência obstétrica parirás com dor” (2012), define a violência obstétrica como os atos realizados contra a mulher no exercício da saúde sexual e reprodutiva, podendo afetá-la de modo físico, psicológico, material, sexual e midiático.

Com base nesses conceitos, é perceptível que essa violência é manifestada de diversas formas. As principais acontecem durante o trabalho de parto, podendo iniciar com constrangimentos verbais, como quando a mulher chega ao hospital com dor e é recebida com desprezo por estar gritando demais. Fontes relatam que algumas mulheres escutam comentários como “na hora de fazer não gritou” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Além disso, também há registros de falsas orientações, como a afirmação pela equipe médica que o grito seria prejudicial ao bebê (FIOCRUZ, 2014). No entanto, há estudos que

demonstram que a vocalização (gritar) é favorável tanto a parturiente quanto ao nascituro, pois gera uma melhor gestão da dor e emoções, diminui o risco de trauma perineal, aumenta a taxa de parto normal, e ainda, gera o aumento da pressão arterial materna, ocasionando uma melhor distribuição de sangue da mãe para a placenta, disponibilizando mais oxigênio para o bebê, diminuindo risco de alteração nos batimentos cardíacos (ANTUNES, 2019).

Ademais, outro exemplo de violência obstétrica no parto normal é a narcoaceleração, termo utilizado pelas obstetras para se referir a aceleração do parto por meio de medicamentos. No caso, o mais utilizado é a ocitocina, hormônio normalmente produzido pelo corpo humano e, responsável pela amamentação e contratilidade uterina, o qual deve facilitar a expulsão do feto. É importante salientar que, a princípio a sua utilização possuía o intuito de encurtar o período de parto para “poupar sofrimento inútil e prolongado a mulher”, e apenas em segundo plano economizar energias físicas e mentais do médico. Entretanto, estudos apontam que a maior razão do uso dessa droga é a gestão de tempo, favorável aos hospitais e aos médicos (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

A ocitocina deve ser utilizada somente em casos específicos, porém, na prática é observado o uso rotineiro desta droga, sendo prejudicial tanto para a parturiente quanto para o bebê, uma vez que a sua intervenção com doses elevadas promove o comprometimento da frequência cardíaca fetal, devido ao aumento das contrações em um curto intervalo de tempo, pois diminui o tempo de circulação sanguínea (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2016). Cabe destacar ainda que a Organização Mundial de Saúde não recomenda o uso da ocitocina indiscriminadamente.

Outra prática inadequada consiste na manobra de kristeller, podendo ser realizada por médicos ou enfermeiras de forma a pressionar manualmente a parte superior do útero para acelerar a saída do bebê, exercendo força na barriga da parturiente, tal força pode ser realizada com as mãos, braços ou até mesmo cotovelos. Inclusive, destaca-se que essa técnica foi banida tanto pela Organização Mundial da Saúde quanto pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, é uma prática danosa visto que não possui indícios científicos de benefícios para uma expulsão mais rápida, que seria seu objetivo, e mesmo assim é realizada em 36% dos partos, segundo a pesquisa realizada pela Fiocruz (2014). Seus danos vão além do desconforto inconveniente causado na mãe, essa manobra é relacionada com o aumento no risco de laceração perineais graves, fratura do recém-nascido, danos cerebrais e até mesmo paralisia cerebral (LIMA; LOPES, 2019).

Ainda durante o parto normal, a mulher pode ser vítima da episiotomia de rotina, caracterizada como o corte cirúrgico no períneo, que é a região entre o ânus e a vagina, visando

ampliar o canal de parto. O problema dessa prática consiste na sua regularidade e falta de autonomia da parturiente, visto que é uma cirurgia feita muitas vezes sem o consentimento da mulher (KÄMPF; DIAS, 2018). As consequências são ligadas a incontinência urinária, infecção local, dispareunia - dor na relação sexual e perda do prazer sexual – e ainda ocorre um aumento do risco de hemorragia (CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019). Relacionado a essa prática, ocorre o “ponto do marido”, que consiste na sutura da episiotomia com um ponto a mais, com a finalidade de deixar a vagina mais apertada e preservar o prazer masculino nas relações sexuais, o que também ocorre frequentemente sem a autonomia da mulher, e as sequelas são no mesmo sentido da episiotomia (ALVES, 2020).

Por outro lado, há o parto via cesárea, que possui maiores riscos visto que se trata de um procedimento cirúrgico, porém foi construído histórica e culturalmente o entendimento que o modelo com maior intervenção seria o mais benéfico (SILVA; AGUIAR, 2021). A OMS recomenda que apenas 15% dos partos ocorram pela cesariana, enquanto no Brasil mais de 50% dos nascimentos acontecem pela via cirúrgica, segundo dados da Fundação Perseu Abramo. Essa forma de parto aumenta a propensão a infecções e hemorragias. Além disso, a taxa de mortalidade materna ligada a cesariana é sete vezes maior do que no parto normal, segundo evidências médicas.

A cesárea eletiva ocasiona o aumento da prematuridade, visto que o bebê não está nascendo no momento adequado para o seu desenvolvimento, e sim em uma data favorável a agenda do médico. O relatório de Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH) da OMS, evidenciou que no Brasil 21% das causas de mortalidade neonatal é a prematuridade (COSTA, 2017).

Ressalta-se ainda que essa via é encarada como uma opção pelas mulheres, porém como bem traduziu Silva e Aguiar (2021), trata-se de é um *nudge* as avessas visto que o legislador incentivou a escolha ao criar o direito a cesariana, a qual já apresenta índices superiores aos orientados pela OMS, isso se dá devido à falta de informação por trás dessa escolha, escondendo ser um procedimento mais danoso a sua saúde.

2.2 O CONTEXTO DESSA VIOLÊNCIA NO BRASIL

Recentemente, este tema entrou em voga devido a influencer digital Shantal ter sofrido violência obstétrica e seu caso ter sido exposto nacionalmente. Em entrevista, esta declarou que apenas percebeu que foi vítima de violência obstétrica quando assistiu ao vídeo do seu parto e notou os diversos xingamentos e desrespeitos por parte do médico. O vídeo mostra o obstetra

contrariado pois gostaria de realizar episiotomia, não autorizada pela parturiente. Como alternativa o doutor tenta rasgar a vagina da paciente com as mãos e posteriormente entende-se que ocorreram lacerações. O médico se dirige ao marido da mulher dizendo: “olha aqui, toda arrebetada, vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela” (Globonews e G1 SP, 2022).

Além desse fato, no parto da digital influencer foi realizada a manobra de *kristeller*, em que o anestesista empurrou a barriga da influencer apoiando todo seu peso corporal, o que de forma incontroversa gerou fortes desconfortos. Com base nesses fatos, a vítima registrou boletim de ocorrência e a polícia investiga o acontecido (Globonews e G1 SP, 2022).

Com base nesse caso é possível observar que a violência obstétrica atinge as mais diversas classes sociais, visto que a influencer digital estava em hospital particular de boas condições e realizando seu parto com um dos obstetras mais renomados do país.

Além de tudo relatado por essa vítima, a reportagem acima ainda cita que o Ministério Público de São Paulo ouviu mais três mulheres que relataram ter sofrido abusos pelo tal médico. Dessa maneira, é possível afirmar que a Shantal teve um parto normal com intervenção, assim como 43% das mulheres que participaram da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre o parto e nascimento” coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (2012). Tal pesquisa evidenciou que somente 5% das mulheres tiveram parto normal sem intervenção alguma, demonstrando que as brasileiras e seus nenéns são submetidos a riscos desnecessários devido ao caráter intervencionista normalmente realizado no Brasil, ação totalmente contrária a orientação da OMS.

Acerca dessas intervenções, é importante ressaltar que no país é realizada a episiotomia em cerca de 53,5% das mulheres que realizam parto normal, enquanto a OMS recomenda o uso dessa técnica em 10 a 15% dos partos (Fiocruz, 2012). Ou seja, é uma prática rotineira, em que quase 40% das mulheres são submetidas a esse procedimento de forma prescindível, sem uma real indicação da realização dele, correndo riscos de saúde já citados nesse artigo.

Abaixo apresenta-se um julgado acerca desse procedimento que demonstra como pode ser maléfico na vida da mulher:

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul (1ª Câmara Cível). Apelação Cível nº 0807212-70.2016.8.12.0001 - Campo Grande. Apelante: Luana Gonçalves dos Santos. Apelado: Município de Campo Grande EMENTA – APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL E MATERIAL – PRELIMINAR DE CERCEAMENTO DE DEFESA – AFASTADO – MÉRITO – PARTO NORMAL – USO DO FÓRCEPS E DA TÉCNICA DE EPISIOTOMIA – LAUDO PERICIAL QUE APONTA O NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES E OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELO MÉDICO –

RESPONSABILIDADE OBJETIVA – DEVER DE INDENIZAR – DANOS MORAIS – QUANTUM FIXADO EM R\$ 30.000,00 – DANOS MATERIAIS COMPROVADOS – DEVER DE RESSARCIMENTO – RECURSO PROVIDO. (TJ-MS - AC: 0807212-70.20168120001 MS 0807212-70.2016.8.12.0001, Relator: Des. Divoncir Schreiner Maran, Data de Julgamento: 12/04/2021, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: 15/04/2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ms/1194193663>. Acesso 12 nov. 22)

No julgado acima, a vítima tinha 21 anos e realizou seu parto em um hospital subordinado ao município. Seu parto foi normal, foi submetida a episiotomia e ao uso do fórceps, instrumento de auxílio para a retirada do bebê. De forma negligente e imprudente, ações que resultaram em laceração de 3.º grau do períneo. A partir do corte demasiado e o estiramento ocasionado pelo instrumento, ocorreu a união do ânus com a vagina, de maneira que a parturiente teve que passar por três cirurgias reparatórias. Mesmo assim, até o momento do julgamento a mulher apresentava incontinência fecal, necessitando o uso de fralda. A violência que sofreu trouxe consequência para a vida, pois afetou seu trabalho, seu relacionamento com as pessoas, sua autoestima e seu bem-estar.

O dossiê “pariras com dor” aponta que existem autores que consideram a episiotomia como uma forma de mutilação. Alguns autores ainda propõem a mudança da nomenclatura da episiotomia desnecessária para: "lesão genital iatrogênica no parto", "agravo sexual iatrogênico" ou de "ferimento sexual iatrogênico no parto"³.

Neste dossiê, são apresentados relatos sobre a realização da episiotomia e o “ponto do marido”, como os abaixo colacionados, o primeiro disponibiliza uma foto que demonstra a cicatriz desse procedimento vazando pela coxa da mulher -Figura 1-, e o segundo relato trata da ausência de anestesia durante esses procedimentos:

“Essa é a episio que tive! uma marca que carrego não só no corpo, que me gera vergonha! não só pela marca mas pela minha vontade não ter sido atendida, por eu ter sido violentada! O obstetra fez uma cesárea vaginal.” Raquel Gonçalves, atendida no Hospital São Luiz através de plano de saúde São Paulo-SP
 “Não recebi nenhuma espécie de anestesia e senti cada ponto. A cada ponto eu me contorcía de dor. ‘Não estou conseguindo dar um ponto, a senhora não pára quieta!’ Minha resposta foi irônica, mesmo em meio ao sofrimento físico e desgaste emocional: ‘Desculpe, doutor, mas está doendo pra ca*****.’” Ana Cristina Teixeira, atendida na rede pública no Hospital Regional da Asa Norte em Brasília-DF (p.85, 87)

Abaixo são apresentadas fotos presentes no dossiê, a figura 1 está relacionada ao primeiro relato da Raquel Goncalves acerca da sua cicatriz. Enquanto a segunda foto é a demonstração de como é realizada a episiotomia.

³ O termo iatrogenia se refere as complicações decorrentes de erro médico.

Figura 1: Cicatriz da episiotomia.



Fonte: Rede parto do princípio, 2012, p. 87.

Figura 2: A episiotomia.



Fonte: Rede parto do princípio, 2012, p. 87.

Há de se analisar ainda a diferença do tratamento entre classe e raça. O dossiê aponta que as mulheres brancas de classe média que são atendidas pelo serviço privado, são cortadas ‘por cima’ -cesárea-, enquanto as atendidas pelo SUS são cortadas ‘por baixo’ - episiotomia -, o que explica o dado apresentado pela Fiocruz (2014) que apontou que no setor privado 88% dos partos são realizados pelo meio cirúrgico.

Outro ponto a ser considerado, é que as parturientes negras sofrem com menos intervenções, mesmo quando necessárias, por exemplo menos anestesia local quando realizada a episiotomia devido o racismo (LEAL; GAMA; PEREIRA; PACHECO; CARMO; SANTOS, 2017), o qual usa a justificativa biológica errônea que a mulher negra sentiria menos dor. Essas questões serão mais bem tratadas no próximo tópico.

3 A INFLUÊNCIA DO PATRIARCADO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3.1 O PATRIARCADO E A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

O patriarcado é definido por Lerner (1986, p. 290) como “a manifestação e institucionalização da dominância masculina sobre as mulheres na família e a extensão da dominância masculina sobre as mulheres da sociedade em geral”. A autora ainda ressalta que o patriarcado se manifesta de diversas maneiras e se adapta ao longo do tempo. Esse conceito pressupõe a hierarquização, visto que o homem possui o poder sobre todas as instituições, apesar disso, a autora destaca que isso não significa que a mulher seria totalmente impotente ou privada de direitos, influências e recursos.

Saffioti (2004/2015), afirma que o conceito de patriarcado é a hierarquia existente há milênios entre homens e mulheres, com a primazia masculina, determinando uma estrutura de poder na qual as mulheres permanecem abaixo dos homens. Dessa forma, compreende-se que o patriarcado se integra amplamente em um contexto cultural, de modo a criar contingências sociais perpetuadoras de comportamentos culturais de dominação dos homens sobre as mulheres (NICOLODI, 2020).

Atualmente, a dimensão de poder é observada no legislativo brasileiro, no qual embora as mulheres correspondam a 52% da população apta a votar, representarão a partir da eleição de 2022, apenas 17,7% da Câmara dos Deputados e 12% do Senado Federal (SENADO, 2022). Assim, percebe-se que a sociedade é gerida por homens, com o viés de criação de políticas públicas em benefício próprio. Tal circunstância, além de manifestar o patriarcado, é uma forma de evidenciar a violência de gênero.

Lerner (1986, p. 289) define gênero como um conjunto de papéis culturais. Morgante (2014) explica que o conceito de gênero foi criado com o objetivo de se esquivar do determinismo biológico criado pelo sexo, atribuindo a um caráter social. A autora explica que o papel social da mulher na realidade do Brasil, está relacionado ao exercício do papel de mãe, dona de casa e esposa, enquanto o papel social do homem é associado ao provedor econômico da família, elucidou ainda que Heleith Saffioti afirmou: “a organização social do gênero afeta, por conseguinte, os processos e as estruturas psíquicas inconscientes” (MORGANTE, 2014, APUD SAFFIOTI, 1992: 191). E a partir disso, a autora afirmou que a violência de gênero “deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino” (SAFFIOTI, 2015).

Bandeira e Martins (2020) afirmam que a violência contra as mulheres e de gênero se manifestam a partir da ação física, sexual, patrimonial ou de outras formas invisibilizadas que afetam o corpo, a mente e a capacidade psíquico-cognitiva das mulheres. Para além disso,

explicitam que tal violência decorre de relações de poder que subalternizam a mulher em relações baseadas na estrutura do patriarcado, associada a lógica da dominação masculina e seus papéis assimétricos impostos a homens e mulheres, de modo hierárquico.

Em consequência dessa realidade, apesar do Brasil ter no final do século XX uma alta taxa de violência contra a mulher, a lei maria da penha (Lei n. 11.340), criada para combater e punir a violência doméstica e familiar, somente foi criada após a condenação internacional do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, em 2001, devido ao constrangimento internacional gerado pelo caso da Maria da Penha (LIMA, 2018).

O constrangimento internacional foi gerado pelo conhecimento da omissão do Estado brasileiro perante o caso da Maria da Penha. Ela foi vítima de tentativa de homicídio duas vezes, primeiramente seu marido, em 1983, atirou nas costas da vítima enquanto dormia, o que a deixou paraplégica, e meses depois ele tentou eletrocutá-la durante o banho. A vítima ingressou no judiciário em busca de justiça, oito anos após o crime o seu ex-marido foi sentenciado a quinze anos de prisão, porém devido recursos solicitados pela defesa do réu, nunca foi preso, saindo do fórum em liberdade. Em 1996, foi realizado um segundo julgamento, no qual o réu foi condenado a 10 anos de prisão, novamente devido a alegação de irregularidades no processo ele não cumpriu a sentença (PENHA, 2022).

Apenas em 1998 o caso foi denunciado internacionalmente para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA), e mesmo após o início do processo, o Brasil não se manifestou. Em 2001, o Estado brasileiro foi responsabilizado pela omissão, negligência e tolerância acerca da violência doméstica contra as brasileiras. A CIDH/OEA realizou extensas recomendações para a prevenção da violência doméstica, sua devida punição, e contra a violência institucional vivida pela Maria. Diante disso, foi promulgada em 2006 a lei conhecida como Maria da Penha (PENHA, 2022).

Saffioti salienta que a violência se manifesta pela opressão e pelo abuso da força e do controle tanto físico como moral, enfatizam: “sempre que alguém é constrangido de fazer ou deixar de fazer algo, trata-se de uma prática violenta”; afirmação aplicável ao exemplo da episiotomia, visto que muitas vítimas são forçadas a realizá-la, sendo sua autonomia desconsiderada. Outrossim, elucidam que não se trata de uma prática masculina, e sim de uma estrutura hierárquica. No caso da violência obstétrica, poderia ser praticada por uma obstetra, pois é analisada a hierarquia “médico-paciente”, ou até mesmo em relação a outros profissionais da saúde.

3.2 A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO COMO UMA FORMA DE CONTROLE DO PATRIARCADO

O termo medicalizar, segundo Miles (1991, apud, NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005) é o processo de transformação dos aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina, assegurando a conformidade às normas sociais, o autor cita que essa transformação iniciou 300 anos antes da institucionalização do parto no hospital. Partejar era uma atividade íntima de mulheres, parteiras e curandeiras até o advento do fórceps, instrumento criado por um cirurgião inglês no século 16. Após esse surgimento, foi aceita a obstetrícia como uma ciência dominada pelo homem, ocasionando o declínio da profissão de parteira devido à ausência de condições econômicas para adquirir o instrumento e pelo entendimento que elas não detinham intelecto suficiente para manejá-lo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No Brasil, o parto foi institucionalizado progressivamente após a Segunda Guerra Mundial com a incorporação da medicina a novos conhecimentos e habilidades no campo da assepsia, cirurgia, anestesia, que ampliaram as possibilidades de intervenção, resultando no aumento progressivo das cesarianas. Acerca desse aumento, Osava & Mademe (1995 apud, NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005) afirmaram: “no passado, o uso excessivo do fórcepe obstétrico impressionava os viajantes estrangeiros; hoje, o que impressiona o mundo todo são as excessivas taxas de operações cesarianas”.

A hospitalização do parto e a criação de maternidades foi iniciada no século 19, quando o parto passou a ser vivido de forma pública e não mais privado, com a interferência de outros atores sociais.

Nesse sentido, o hospital tornou-se parte da dominação, posto que ele possui pilares como hierarquia, subordinação e ordem para garantir a disciplina, que são repassadas a parturiente no momento da sua entrada no hospital, a partir do cerimonial de internação, e reverbera para demais situações, a despindo de individualidade e autonomia, a institucionalizando, e tratando-a como uma linha de produção. Essa circunstância é traduzida pelos autores como: “uma estratégia de implantação da hegemonia institucional sobre o corpo feminino, exercidas através de políticas de saúde e das práticas de atenção médica” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Odente (2002 apud, COSTA, 2017), destaca que a história da obstetrícia é a da exclusão gravídica das parturientes em seu papel central no processo do nascimento, com o processo de desvalorização da sensibilidade e do seu protagonismo.

Atualmente a medicalização perpassa por todos os procedimentos desnecessários apresentados na seção 2 desse trabalho, como a narcoaceleração com o uso da ocitocina, a realização rotineira da episiotomia, a manobra de *kristeller*, e o número exponencial de cesáreas. Todos esses procedimentos possuem o objetivo de diminuir o tempo de parto e economizar esforços da equipe de saúde, conseqüentemente, aumentando o lucro com esses atendimentos (SANTOS, 2018).

Diante disso, verifica-se que a justificativa para realizar tantos partos cirúrgicos no Brasil é a indução médica, a fim de obter uma melhor programação na sua agenda, uma situação mais conveniente em relação a imprevisibilidade do parto normal. Essa justificativa é aliada a monetária, visto que é mais lucrativo realizar várias cesáreas em um dia, ao invés de permanecer horas em um único parto (SANTOS, 2018). Essa lógica demonstra como o sistema patriarcal, ligado a dominação e exploração das mulheres, apresenta uma relação de continuidade com o capitalismo, sendo maleável a mudanças históricas (ARRUZZA, 2015).

Apesar dos inegáveis avanços científicos em benefício a saúde materna, o cenário atual de realização dos procedimentos é preocupante, sendo necessária a humanização ou melhor, a retomada da humanização do parto. No presente, o tratamento desumanizado retrai a capacidade inata do corpo de parir. Como consequência disso, se obtém uma falsa compreensão de que as mulheres não são capazes de suportar o parto, problematizando o processo até o limite das interferências médicas no corpo feminino (COSTA, 2017).

O processo de humanização do nascimento, para Souza, Gaíva e Modes (2011), perpassa pelo respeito da fisiologia do parto, sem intervenções prescindíveis, suporte emocional à mulher e sua família, pela facilitação da formação do vínculo mãe-filho, criação de espaços para que a mulher possa efetivamente exercer sua autonomia durante todo o parto, pela permissão de acompanhante, pela informação de todos os procedimentos que será submetida e pelo respeito aos seus direitos. Dessa forma, o parto humanizado pode ser tanto um parto normal quanto um cirúrgico, pois trata-se da maneira como a mulher é tratada, não sobre o tipo de parto.

Um exemplo de humanização do parto cirúrgico foi apresentado por Machado, Chipoleschi, Silva, Cunha e Farias (2021, p. 43):

Em alguns casos, mesmo sem planejar, a mulher pode ter que ser levada ao centro cirúrgico para uma cesárea e nesse momento deitada, por vezes amarrada e sem conseguir assistir a todos os passos do seu parto por causa de uma barreira física são ações desumanizadoras comuns nos partos cesáreos. Em uma reportagem a revista *Veja* a obstetra Elis Nogueira trouxe uma novidade ao país, ela implementou em seus partos uma cortina transparente no lugar do tradicional pano verde, chamado campo cirúrgico, onde a mãe consegue ver o bebê na hora do nascimento. Tal cuidado traz

humanização ao parto cesáreo diminuído a ansiedade e o medo da parturiente tão pautado nos programas de saúde da mulher.

O parto humanizado garante o tratamento digno às mães e aos bebês envolvidos nesse processo, sendo a dignidade um direito basilar previsto no artigo 1.º da Constituição Federal (BRASIL, 1988). O parto humanizado vai de encontro com todas as violências sofridas pelas mulheres no processo de nascimento. Assim, o combate à violência obstétrica é um ponto central no estabelecimento do parto humanizado. No Brasil, não há uma lei específica de combate à violência obstétrica, então, faz-se necessária a análise do marco legal existente, que será tratado na próxima seção.

4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

4.1 DIREITOS PREVISTOS LEGALMENTE

Acerca das proteções existentes na legislação brasileira, de início evidenciam-se os direitos que são assegurados a todos através da Constituição Federal, como o direito à vida e à saúde. Conforme o art. 196 da Carta Magna (BRASIL, 1988), o direito à saúde é um dever do Estado, devendo ser promovido universalmente e de forma igualitária. Com base nessa garantia, Sousa (2015, apud COSTA, 2017) afirma que é ferido o direito à isonomia, constante no art. 5.º da CRFB/1988, quando ocorre o descumprimento das diretrizes de saúde no momento do parto, pois afeta diretamente as mulheres, sendo uma forma de violência de gênero.

Cabe destacar que, a violência obstétrica é uma preocupação internacional antiga, que foi acolhida pelo estado brasileiro, visto que a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e erradicar a violência contra a mulher, conhecida também como Convenção do Pará da Organização dos Estados Americanos, foi incorporada ao ordenamento brasileiro através do Decreto n. 1.973, em 1996. A convenção estabeleceu a violência obstétrica como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

A partir dessa preocupação o Governo Federal criou protocolos a fim de humanizar o atendimento no parto, para tanto criou diversas portarias, se destacando a Portaria n. 569/2000 (BRASIL, 2000), instituidora do Programa de Pré-Natal e Nascimento. Esse programa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, tem o intuito de “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”. Por meio dele, foi criado em 2003 a Política Nacional de Humanização do Sus (PNH), a fim de gerar a mudança

institucional das escolas de medicina e hospitais por meio da inclusão da temática da humanização no debate da saúde (COSTA,2017).

No ano de 2005, foi criada a Lei do acompanhante (Lei n. 11.108/2005), a fim de garantir as parturientes atendidas pelo Sistema único de Saúde -SUS- o direito a ser acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto e pós-parto (BRASIL, 2005). Em decorrência disso, houve o advento da RDC 36/208 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária -Anvisa- que estendeu tal direito à rede privada. Entretanto, no estudo da Fiocruz (2012), foi demonstrado que apenas 18,7% das mulheres obtiveram a presença contínua de acompanhante. Portanto, observa-se que apenas a obtenção do direito não está sendo suficiente para sua garantia.

Ressalta-se ainda, a Lei n. 9.263/96, que trata do planejamento familiar, entendido como o conjunto de ações que regulam a fecundidade a fim de garantir direitos iguais aos homens e as mulheres, para a constituição, limitação ou aumento da prole. Nesse sentido, a lei garante que o SUS é obrigado a garantir “II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato”. Essa legislação estabelece, que é dever do Estado, por meio do SUS, promover condições que assegurem o livre exercício do planejamento familiar (BRASIL, 1996).

Através da atual legislação, é possível que a violência obstétrica seja enquadrada como erro médico, como previsto no capítulo III, do código de ética médica, sendo vedado ao médico: “Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência” (CFM, 2010).

Todavia, Leite (2017), enuncia que encarar essa violência apenas como um erro médico gera problemáticas como a dificuldade em punir os perpetradores dessa violência. Serra (2018), complementa que desse modo ocorre a naturalização de condutas maléficas, contribuindo para que sejam encaradas de forma isoladas e controversas, ao invés de serem consideradas como uma violação de direitos humanos e um sério problema institucional de saúde na assistência do parto.

4.2 AUSÊNCIA DE UNIVERSALIDADE, LACUNA LEGISLATIVA E OS IMPACTOS NA VIOLENCIA OBSTÉRICA

A fim de tentar suprir a lacuna legislativa existente no âmbito federal, alguns estados brasileiros criaram legislações que visam proporcionar o bem-estar das parturientes da sua

jurisdição, com base na competência comum de cuidar da saúde pública, disposto no artigo 196 da Constituição Federal.

A Lei n. 17.431/21 do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2021), dispõe sobre o direito ao parto humanizado, perpassando pela segurança do bebê e da mãe, adoção apenas de procedimentos permitidos pela OMS, garantindo o direito da parturiente de escolher pelos procedimentos eletivos. Essa legislação estabelece princípios que vão ao encontro das orientações da OMS:

Artigo 134 - São princípios do parto humanizado ou da assistência humanizada durante o parto:

I - a harmonização entre segurança e bem-estar da gestante ou parturiente, assim como do nascituro;

II - a mínima interferência por parte do médico;

III - a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais

IV - a oportunidade de escolha dos métodos natais por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro;

V - o fornecimento de informação à gestante ou parturiente, assim como ao pai sempre que possível, dos métodos e procedimentos eletivos.

Além disso, a legislação estabelece a possibilidade da realização do plano de parto individual, no qual a gestante manifestará suas escolhas em relação a quem será seu acompanhante durante o parto, a utilização de métodos alternativos de alívio para a dor e a administração de medicamentos ou anestesia para tanto. Tal medida proporciona voz a mulher, de modo a exercitar sua autonomia, sendo uma tentativa de evitar futuras intervenções não correspondentes a sua vontade.

Em consonância com os princípios, o artigo 143 dessa lei estabelece que a equipe responsável pelo parto deverá justificar por escrito a realização de procedimentos classificados como:

I – desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro;

II – de eficácia carente de evidência científica;

III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

Enquanto no Estado de Santa Catarina foi criada a Lei n. 18.322/22 (SANTA CATARINA, 2022), buscando também assegurar a assistência humanizada durante o parto e evitar a violência obstétrica. Nesta legislação, destaca-se aos exemplos de violência obstétrica evidenciados no artigo 35:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; (...)

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê; (...)

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto; (...)

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer; XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

A partir dessas legislações, é notável a preocupação desses Estados com um parto mais humanizado que vise o benefício à saúde física e mental da mulher como protagonista do parto e do neném. Todavia, deve ser observado que muitos Estados não possuem legislações protetivas dessa maneira, como o Estado do Pará. Para além disso, apesar do intuito de proteção na criação dessas leis, elas recaem no mesmo obstáculo que as políticas nacionais já existentes, a falta de punição adequada, o que prejudica tanto sua exigência, como o seu cumprimento efetivo.

Cabe ressaltar que tramitam no Congresso Nacional 13 projetos de lei sobre violência obstétrica, será realizada a análise de alguns. O projeto de lei n. 2589/15, criado pelo Deputado Marcos Feliciano dispõe acerca da criminalização da violência obstétrica. O dispositivo enquadra a violência obstétrica no crime de constrangimento ilegal, o qual tem uma pena de três meses a um ano (BRASIL, 2015). Nesse sentido, o PL considera a violência obstétrica como:

Art. 1º (...). 1º Será considerada violência obstétrica o conjunto de condutas condenáveis por parte de profissionais responsáveis pelo bem estar da gestante e do bebê: - O desrespeito; o abuso de poder da profissão; o constrangimento; a privação do direito a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja emergência; a negligência, que poderá ser considerada também quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê.

No entanto, é falho o projeto no sentido de não apresentar maneiras de humanização do parto e de combate ao problema institucional e estrutural, além de não especificar as condutas que seriam enquadradas como violência obstétrica, ou seja, caso fosse aprovado, não haveria tanta efetividade (COSTA, 2017).

Em junho de 2017 foi apresentado o Projeto de Lei n. 7867/2017 (BRASIL, 2017), pela Deputada Jô Moraes, dispendo sobre “medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”. Embora esse projeto aparente ser mais completo devido abordar os vários períodos envolvendo a gravidez, valorizar o plano de parto (art. 2.º, P.U.), e no seu artigo 4 especificar quais seriam as violências, ao final não gera grandes mudanças pois o artigo 6.º expõe: “O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil”. Ou seja, as vítimas deveriam recorrer aos meios já existentes, o que não gera uma proteção efetiva.

Um terceiro projeto de lei n. 2.082/2022 de autoria da Senadora Leila Barros, estabelece procedimentos para a prevenção da violência obstétrica e a torna crime punível com detenção de três meses a um ano (BRASIL, 2022). Além da falta de especificação das práticas, este projeto estabelece como obrigação apenas do Ministério da saúde a promoção de ações e procedimentos para combater essa violência. Enquanto a lei em si poderia apresentar formas de humanização do parto, a fim da própria sociedade conhecê-las, como realizou a lei estadual de São Paulo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por todo o exposto, conclui-se que a violência obstétrica é um problema que assola as mulheres há muito tempo, mesmo assim, atualmente, apenas 5% das brasileiras conseguem ter um parto sem intervenções. O principal problema dessas intervenções são o seu uso rotineiro e sem uma indicação real, ou seja, muitas vezes a parturiente é submetida a procedimentos que geram riscos, por conveniência médica. Nesse sentido, percebe-se o uso indiscriminado da ocitocina para a narcoaceleração, a episiotomia de rotina, o alto número de cesáreas no Brasil, e a realização da manobra de *kristeller*, já banida pela OMS.

Ademais, a violência obstétrica é fruto do patriarcado como uma forma de dominação masculina, sendo uma relação de dominação com a parturiente e o opressor, ou seja, a partir da relação de hierárquica entre médico-paciente. É possível afirmar também que, é uma forma de violência de gênero devido a supressão da autonomia da mulher durante esse processo, que pode ser exemplificada nos casos da realização da episiotomia sem consentimento da parturiente.

Além disso, a medicalização do parto ocorreu durante os anos até o momento atual, no qual há uma preferência por um parto mais rápido a fim de economizar esforços da equipe médica, conseqüentemente gerando mais lucro. Nesse sentido, a mulher foi retirada do seu papel central, fazendo parte apenas da linha de produção criada pela hospitalização, em um momento que deveria receber atenção e cuidado, observando-se a necessidade da retomada da humanização do parto.

O Estado brasileiro deveria resguardar à vida e à saúde, com base na Constituição Federal, logo, a mulher e seu bebê deveriam estar protegidos. E a partir do cenário problemático, foram criadas legislações a fim de promover o bem-estar no parto, como a Lei do acompanhante, no entanto ela não abarca todas as proteções necessárias. Em consequência

disso, alguns Estados buscaram realizar suas próprias legislações para buscar a humanização dos partos e a prevenção contra a violência obstétrica.

No entanto, apesar de algumas tentativas do Estado brasileiro de tentar proteger as parturientes e seus bebês por meio de legislações e resoluções espaciais, elas não são suficientes para alterar o cenário de desumanização vivido nos partos, sendo essa falta de legislação geradora de insegurança às parturientes. Assim, a violência obstétrica continua ocorrendo reiteradamente, em virtude da tolerância e omissão do estado brasileiro na proteção dos direitos das mulheres.

Portanto, é necessária a criação de uma legislação específica que busque, não só proteger as mulheres da violência obstétrica, mais que também realize o incentivo ao parto humanizado, com realização de práticas aprovadas pela OMS.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Vanessa Gomes de Sousa. **Violência obstétrica e os procedimentos com fins didáticos**: conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos médicos. 2020. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/20366/1/VanessaGomesDeSousaAlves_Dissert.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.
- ANTUNES, Cátia Alexandra Raposo Miranda Correia. **A vocalização da parturiente**: um cuidado do enfermeiro obstetra. 2019. 174 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2019. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32158/1/8%c2%baCMESMO_CATIA_ANTUNE_S_N%c2%ba7413.pdf. Acesso em: 04 out. 2022.
- ARRUZZA, Cinzia. Considerações sobre gênero: reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. **Revista Outubro**, [S.I.], n. 23, p. 33-58, jan. 2015. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/consideracoes-sobre-genero-reabrindo-o-debate-sobre-patriarcado-eou-capitalismo/>. Acesso em: 27 nov. 2022.
- BANDEIRA, Lourdes Maria; MARTINS, Ana Paula Antunes. Violências nominadas pelo crime de feminicídio: notas para o aprimoramento das políticas públicas de prevenção no Brasil. In: MIGUEL, Luis Felipe; BALLESTRIN, Luciana (org.). **Teoria e política feminista**: contribuições ao debate sobre gênero no Brasil. Porto Alegre: Zouk, 2020. p. 197-218.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 7 de Abril de 2005**. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.&text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%202D%20SUS. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. **Portaria Nº 569, de 1º de Junho de 2000**. Brasília, 8 jun. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2082, de 1 de agosto 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. **Projeto de Lei Nº 2082, de 2022**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154237>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2589, de 11 de agosto de 2015. Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. **Projeto de Lei 2589/2015**. Brasília, Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1618070>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7867, de 13 de junho de 2017. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. **Projeto de Lei 7867/2017**. Brasília, Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996**. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul (1ª Câmara Cível). Apelação Cível nº 0807212-70.2016.8.12.0001 - Campo Grande. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ms/1194193663>. Acesso em: 12 nov. 2022.

CARNIEL, Francieli; VITAL, Durcelene da Silva; SOUZA, Tiago del Piero de. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **J. Nurs. Health**, [S.I.], v. 2, n. 9, p. 1-18, abr. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047273/9.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

COSTA, Mariana Vieira de Mello. **PARTO E DIGNIDADE**: estudo sobre a violência obstétrica em hospitais públicos do Recife. 2017. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29926#:~:text=O%20trabalho%20em%20refer%C3%Aancia%20trata,vidas%20%20E%20%93%20a%20denominada%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica>. Acesso em: 04 out. 2022.

Globonews e G1 SP. Shantal diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas. São Paulo, 14 jan 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/14/shantal-diz-que-percebeu-violencia-obstetrica-em-video-do-parto-e-que-foi-desacreditada-por-pessoas-proximas.ghtml>. Acesso em: 10 nov. 2022.

HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; HIDALGO-MAESTRE, María; RODRÍGUEZ-BORREGO, María Aurora. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-24, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>. Acesso em: 01 nov. 2022.

KÄMPF, Cristiane; DIAS, Rafael de Brito. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1155-1160, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000500013>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500013>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LEITE, Júlia Campos. A DESCONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO ERRO MÉDICO E SEU ENQUADRAMENTO COMO VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E DE GÊNERO. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11 & 13TH WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 11., 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13Th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, Issn 2179-510X, 2017. p. 1-9. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf. Acesso em: 7 nov. 2022.

LETRA, Leda. **OMS lança orientações para experiência positiva na hora do parto normal.** 2018. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/02/1611011#:~:text=Ag%C3%AANCia%20n%C3%A3o%20recomenda%20uso%20da,separados%20da%20m%C3%A3e%20no%20hospital>. Acesso em: 04 out. 2022.

LIMA, Camila Machado. O caso Maria da Penha no Direito Internacional.: A pressão externa fomentando mudanças em uma nação. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 23, n. 5369, 14 mar. 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/58908>. Acesso em: 30 nov. 2022.

LIMA, Geovana Albuquerque Félix de; LOPES, Maria Clara Aragão. **Violência Obstétrica:** riscos do uso da manobra de kristeller durante o parto. 2019. 22 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Gama, 2019. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/312/1/Geovana_0003971_Maria_Clara_0003676#:~:text=A%20Manobra%20de%20Kristeller%2C%20que,que%20pode%20causar%20les%C3%B5es%20graves. Acesso em: 04 nov. 2022.

MACHADO, Jéssica Alves; CHIPOLESCHI, Amanda Paixão; SILVA, Èvelyn Alves da; CUNHA, Marcielle da; FARIAS, Helena Portes Sava de. PARTO CESÁREO HUMANIZADO: desafio dos profissionais de enfermagem. **Saúde, Meio Ambiente e**

Tecnologia no Cuidado Interdisciplinar, [S.L.], p. 32-46, 2021. EPITAYA.
<http://dx.doi.org/10.47879/ed.ep.2021229p32>. Disponível em:
<https://doi.org/10.47879/ed.ep.2021229p32>. Acesso em: 27 nov. 2022.

MORGANTE, Mirela Marin. Mulheres, Gênero e Patriarcado: novas categorias da pesquisa histórica. **Revista Eletrônica Cadernos de História**, [S.I.], v. 1, n. 9, p. 274-293, jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufop.br/cadernosdehistoria/article/download/5340/3968/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 651-657, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300021>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>. Acesso em: 27 nov. 2022.

NASCER no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas. Produção de Bia Fioretti. [S.I.]: Videosaúde Distribuidora da Fiocruz, 2014. (20 min.), son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q9G5uyRKsyk&t=5s>. Acesso em: 05 out. 2022.

NICOLODI, Laís de Godoy. **Considerações sobre o Patriarcado na perspectiva Analítico Comportamental**. 2020. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-17062020-173252/publico/nicolodi_corrigeida.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 979-998, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000500006>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>. Acesso em: 04 out. 2022.

PAES, Fabiana Dal'Mas Rocha. **Estado tem o dever de prevenir e punir a violência obstétrica**. 2015. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica#_ftn1. Acesso em: 12 out. 2022.

PENHA, Instituto Maria da. **Quem é Maria da penha**. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>. Acesso em: 29 nov. 2022.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica: “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022

SÃO PAULO (Estado). **Lei Nº 17.431, de 14 de Outubro de 2021**: Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher. São Paulo, Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2021/lei-17431->

