

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO  
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

STEPHANY VIEIRA DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise jurídica da  
ausência do estado em uma legislação específica**

RECIFE/2022

STEPHANY VIEIRA DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise jurídica da  
ausência do estado em uma legislação específica**

Monografia apresentado ao Centro Universitário Brasileiro –  
UNIBRA, como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Direito

Professor(a) Orientador(a): Prof. Dr. Marcos Coimbra.

RECIFE/2022

Ficha catalográfica elaborada pela  
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 1745.

S232d Souza, Stephany Vieira de  
Violência obstétrica: uma análise jurídica da ausência do estado em uma  
legislação específica. / Stephany Vieira de Souza. Recife: O Autor, 2022.  
53 p.

Orientador(a): Prof. Dr. Marcos Coimbra.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário  
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Direito, 2022.

Inclui Referências.

1. Violência obstétrica. 2. Legislação. 3. Código Penal. 4. Lei Federal.  
I. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. II. Título.

CDU: 34

*Dedico esse trabalho a minha família.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar os desafios e barreiras encontrados ao longo do curso e no desenvolvimento deste trabalho.

A todos os mestres, que ao invés de facilitarem a forma de raciocínio, problematizaram para que se pudesse pensar mais.

A instituição de ensino UNIBRA e seu corpo docente pelas correções e ensinamentos que acrescentaram e ajudaram muito no nosso processo de formação profissional.

Ao nosso orientador por nós dar todo o auxílio e disponibilidade em responder as inquietações relacionadas à pesquisa, organizando-as e norteando-as ao necessário para a elaboração deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos, agradeço por toda compreensão, apoio e incentivo.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”*

*(Paulo Freire)*

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução.....</b>	<b>09</b>
<b>2 O parir no Brasil e a humanização do parto de acordo com órgãos legisladores de regulamentação.....</b>	<b>11</b>
<b>3 Caracterizando a violência obstétrica nos termos da lei brasileira.....</b>	<b>25</b>
<b>4 Uma análise jurídica da ausência do estado em uma legislação específica.....</b>	<b>41</b>
<b>5 Considerações Finais.....</b>	<b>47</b>
<b>Referências.....</b>	<b>49</b>

# VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE JURÍDICA DA AUSÊNCIA DO ESTADO EM UMA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA

Stephany Vieira de Souza  
Dr. Marcos Coimbra<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente trabalho de conclusão de curso trouxe um estudo analítico sobre a ausência do Estado em uma legislação específica para a violência obstétrica. No Brasil a ausência de uma legislação Federal, que tipifica abusos no pré e pós-parto, é minimizada pela legislação dos órgãos que regulam os comportamentos médicos, que podem dar garantias de proteção as parturientes, na busca por regulamentações contra os atos violentos contra a mulher antes, durante e após a gestação, são eles: OMS, DNAPN, ANVISA. Neste contexto, o judiciário se ampara nas legislações já vigentes. Neste sentido, a violência obstétrica é regulada, mesmo que indiretamente, pela Constituição Federal. Às expectativas e a relação entre o imaginário sobre o parto e a realidade, muitas vezes, assustam as mulheres, especialmente quando não recebem a devida assistência durante o processo da gestação, parto e pós-parto. Outro aspecto, em destaque foi à instituição da Lei 11.108/2005, nos serviços de saúde do SUS e/ou da rede conveniada e ainda a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, por meio da portaria nº 1.067. Neste estudo destacaram-se os princípios jurídicos que norteiam a Atenção Obstétrica e Neonatal, que deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. O presente estudo é de natureza bibliográfica. Na metodologia do estudo, a pesquisa se apoia na abordagem que compreende investigações, na qual se valem sobre os principais trabalhos já realizados envolvendo violência obstétrica, capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema. Nos resultados do estudo foi enfatizado que a legislação brasileira, sobre a violência obstétrica não tem característica penal, no entanto, existem alguns outros dispositivos que expõe medidas de responsabilização civil, ética e penal. Na esfera das leis estaduais, varios Estados brasileiros já possuem lei específica, quanto a violência obstétrica, contudo em âmbito Federal, é inesistente um tipo penal específico que condene a prática violadora do direito ao parto humanizado, se fazendo necessário recorrer à esfera civil e criminal para trazer punições aos violadores.

**Palavras-chaves:** Violência obstétrica. Legislação. Código Penal. Lei Federal.

---

<sup>1</sup> Professor(a) da UNIBRA. Dr. Maior titulação já concluída. Email: email@email.com.

## 1 Introdução

Na abordagem do tema, em concordância com legisladores que encontram resoluções para punir quem comete violência obstétrica, os mesmos buscam regulamentar as questões pertinentes ao assunto. São os órgãos: A Organização Mundial de Saúde (OMS); A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal; A Diretoria Colegiada da agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Como não possui legislação específica, para a violência obstétrica, o judiciário se ampara nas legislações já vigentes. Neste sentido, a Violência Obstétrica é regulada, mesmo que indiretamente, pela Constituição Federal. A partir do momento em que a medicina desenvolveu um novo conceito sobre o parir, obedecendo a protocolos hospitalares, é estimulada uma cultura a fim de convencer a parturiente de que o parto não poderia ser realizado fora do ambiente hospitalar.

Com o avanço da obstetrícia, supõe-se que deveria haver a ausência de riscos à integridade física da parturiente, inclusive porque atualmente 97,85% dos partos no Brasil são hospitalares. Contudo, os maus tratos podem ser vislumbrados, desde a primeira consulta pré-natal até o pós-parto e são praticados por profissionais da área da saúde, em variados seguimentos, num momento de vulnerabilidade em que as mulheres deveriam ser assistidas e apoiadas.

Outro aspecto, no sentido de promover a humanização do parto, foi a instituição da Lei 11.108/2005, que estabeleceu a obrigatoriedade da presença do companheiro no parto e também instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, por meio da portaria nº 1.067/2005 nos serviços de saúde do SUS hospitais particulares.

Neste contexto, na ausência de uma Legislação Federal específica, juristas e doutrinadores utilizam o dispositivo da Constituição Federal, que tras suporte para legislar em favor de quem necessita da dignidade, enquanto fundamento da República. Um destes fundamentos CF trata-se do Art. 5º, na qual prevê a inviolabilidade da vida.

O estudo se justifica pela necessidade de verificar, sobre uma análise, a não existencia de uma legislação federal específica que tipifica a violência obstétrica, destacando entre seus princípios, que a Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade

a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.

Neste contexto faz-se a pergunta norteadora: Até que ponto existe a eficácia da punição, pelos órgãos que regulamentam os comportamentos médicos? E quais as medidas propostas pela legislação brasileira para punir o infrator que comete violência obstétrica?

Nestes aspectos, respondendo a hipótese do estudo, no sentido de promover a humanização do parto, mesmo com a instituição da Lei 11.108/2005 de Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005), por meio da portaria nº 1.067/2005 (BRASIL, 2005) nos serviços de saúde do SUS e hospitais particulares, a ausência de uma Legislação Federal específica, podem lançar mão dos dispositivos da Constituição Federal, que tras suporte para legislar: Art. 5º - igualdade a todos (BRASIL, 1988); Art. 14 – crime consumado (BRASIL, 1940); Art. 129 - lesão corporal (BRASIL, 1940); Art. 136 - Maus-Tratos (BRASIL, 1940) e Art. 140 – Injúria (BRASIL, 1940) e encaixa-se também em uma abordagem em trazer o feminicídio como qualificadora, para as parturientes que vinherem a óbito, configurando-se violência também de gênero, no rol dos crimes hediondos, visa intimidar o autor potencial do crime.

O presente estudo é de natureza bibliográfica. De acordo com as ideias formuladas por Marconi e Lakatos (2003) esse tipo de abordagem compreende investigações que se valem sobre os principais trabalhos já realizados, capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema.

Afim de tecer o marco teórico do estudo, os principais estudos, nos quais nortearam a pesquisa se seu por: Palharini; Figuerôa (2018); Vendruscolo; Krue (2016); Código penal; Código civil; Ministério da saúde; Souza Et al. (2019); Boaretto (2003); Barboza; Mota (2016); Valle (2016); Trindade (2009).

O objetivo do estudo é analisar criticamente como a falta da legislação para punir quem comete violência obstétrica, os órgãos que regulam os comportamentos médicos são eficazes quanto as resoluções para amparar as vítimas quanto a responsabilidade civil e criminal.

## **2 O parir no Brasil e a humanização do parto de acordo com órgãos legisladores de regulamentação**

Até o final do século XVIII os partos eram realizados nas casas das famílias, por mulheres conhecidas e de confiança, popularmente conhecidas como parteiras. Desprovidas do saber científico, eram dotadas de um saber empírico e respeitavam o processo fisiológico do nascimento, mantendo a mulher como foco durante o parir (BRENES, 1991). Eram, geralmente, pertencentes às classes populares e assistiam as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, bem como nos cuidados com o recém-nascido.

Segundo Wolff e Waldow (2008), historicamente a arte de partejar foi uma atividade eminentemente feminina, restrita ao ambiente doméstico e à intimidade familiar. As mulheres eram assistidas por parteiras, mães, irmãs, mulheres mais experientes que já haviam passado pelo parto. Os saberes em relação ao parto eram então passados de geração em geração e sua essência fisiológica o mantinha fora do campo de atuação da medicina.

A gravidez e parto são passagens marcantes na vida das mulheres. Apesar de seu corpo estar planejado para a reprodução da espécie, desde o início dos tempos, os métodos e os costumes que abarcam o parto têm se modificado ao longo do tempo e nas diferentes culturas (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Em todas as culturas, as mulheres, durante o trabalho de parto, sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas que, a princípio, eram representantes do sexo feminino: parentes, amigas, parteiras e, posteriormente, no ambiente hospitalar, por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem.

O parto, até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de modo caseiro, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas situações, como o da realeza, o parto tinha um caráter de espetáculo, onde várias pessoas assistiam. A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

A mudança de concepção começou quando passou a existir o fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal. Assim, nos meados do século XVI,

início do século XVII, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento da figura do cirurgião na assistência ao parto e as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição (BEZERRA; CARDOSO 2006).

A institucionalização do parto houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento, pois a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001). Com isso, grande parte das mulheres passou a permanecer internada em quartos coletivos, sem privacidade, tornaram-se passivas diante das regras e foram privadas da presença de uma pessoa de sua confiança para apoiá-las. O momento do parto passa a ser cheio de normas de comportamentos que são definidos pela instituição hospitalar (BRASIL, 2005).

O parto hospitalizado destitui a mulher de seus direitos, de privacidade, do poder de decisão sobre como e onde será o parto e quem a acompanha durante esse processo. Também inseriu uma série de recursos e procedimentos que não são naturais. Com o parto sendo realizado no ambiente hospitalar, a mulher perde a autonomia, inclusive, da escolha da melhor posição de parir, uma vez que passa a ser ditada também a posição em que as mulheres deveriam parir, elas teriam que ficar em posição de litotomia, para ser mais confortável ao médico na utilização de seus instrumentos.

No Brasil, a instrumentalização do parto e a medicalização do nascimento remonta ao período escravocrata, tendo em vista que, as mulheres escravizadas serviam de objeto dos experimentos para aprimorar tais procedimentos. Outro fator importante a ser ressaltado é a ausência de maternidades naquele período. Os procedimentos que eram realizados fora do domicílio representavam um risco à vida das mulheres pela precariedade das condições sanitárias dos hospitais existentes à época.

Nesta época, o hospital era destinado à fração marginalizada da sociedade, que, sem outra opção, se submetia a tal realidade. Desta forma:

Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, apavorante e procurada apenas em casos extremos, sobretudo por pessoas tidas como desclassificadas socialmente. Nos casos dos partos complicados, apenas as mulheres mais pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras recorriam às Santas Casas, mantidas por caridade e benemerência (MOTT, 2002, p.198).

No início do século XIX, com a chegada da família real ao Rio de Janeiro

foram criados os dois primeiros cursos de medicina do Brasil, na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808, cujas ações de saúde pública se concentraram na capital, Rio de Janeiro, voltadas para o controle das epidemias com medidas de saneamento, inspeção sanitária e inspeção dos portos.

A partir da segunda metade do século XIX a medicina centrou seus estudos, inicialmente, no parto e posteriormente, na gravidez fundamentando-se no saber e na prática obstétrica com a entrada da figura masculina. Até então a participação masculina no ambiente do parto era rara e se fazia necessária em casos muito específicos, geralmente associados a complicações.

Com a incorporação da obstetrícia às práticas médicas a participação masculina na assistência ao parto se ampliou e contribuiu para a marginalização da atuação das parteiras, relegando a segundo plano o saber-poder milenar das mulheres oriundo de suas especificidades femininas e da experiência cotidiana. Assim, a essência e a experiência feminina no local do parto se perdeu (WOLFF; WALDOW, 2008).

O crescimento do número de médicos-parteiros contribuiu para o esquadrinhamento do corpo feminino e a produção de um saber anatômico e fisiológico desse corpo, a partir do olhar masculino, bem como serviu à produção de uma nova imagem sobre a mulher, da relação desta com os filhos e sobre seu papel em sociedade como esposa, mãe e dona de casa.

A constituição desta nova categoria e sua incorporação na cena do parto, num domínio que até então era de domínio exclusivo das mulheres, construiu uma imagem dos médicos como indivíduos dotados de espírito investigador, desqualificando a atuação das parteiras, tornando a obstetrícia um novo campo profissional, exclusivamente destinado aos homens.

Com o crescente movimento de medicalização do parto e conseqüente marginalização das parteiras, as famílias abastadas passaram a contratar médicos para realizar seus partos.

(...) mesmo entre elas a resistência ao atendimento por um homem perdurou por longo tempo. A atenção às mulheres de classes pobres continuou sendo realizada por parteiras até meados do século XIX, quando as reformas higienistas e sanitaristas tornaram mais intenso o movimento para os hospitais, apesar do risco oferecido pelo ambiente hospitalar ser ainda muito grande. A infecção puerperal, nesse período, era o grande obstáculo da medicina (PALHARINI; FIGUERÔA, 2018, p. 14.).

Historicamente coube à mulher assumir os papéis de “dona do lar” e de responsável pela maternagem. Nesta condição seu lugar na sociedade era restrito à procriação. Outro aspecto que vale salientar é que a assistência ao parto, durante muitos anos, esteve fundamentada por ensinamentos religiosos bíblicos os quais consideravam a mulher como um ser subalterno e submisso ao homem e colocavam a dor de maneira associada à parturição, devendo a mulher suportá-la e aceitá-la (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Este modelo de assistência, mais tarde tutelado pela Igreja Católica, apontava que o sofrimento no momento do parto, carregava um desígnio divino, um ato de expiação pelo pecado original, sendo dificultado e até ilegalizado qualquer forma de apoio que pudesse ser dado enquanto meio de aliviar os riscos e/ou as dores do parto. Desde os tempos bíblicos a dor tem sido associada à parturição, obrigando a parturiente a suportá-la e aceitá-la. A passagem bíblica de Gênese 3, em seu versículo 16, retrata esse contexto, quando Eva prova o fruto do pecado original, induzir Adão a também pecar e recebe como punição a dor multiplicada na parturição. A Sagrada Escritura cita que as dores durante o parto são punições que a mulher deve sentir por ter cometido o pecado original, interferindo em seus sentimento e percepções a cerca deste momento, substituindo o sentimento de prazer durante a concepção pelo castigo (ANDRADE; AGGIO, 2014, p. 1-2).

No início do século XX, o olhar para a saúde da mulher se dirigia, predominantemente, a aspectos biológicos, uma vez que, a própria medicina defendia a superioridade do corpo masculino em relação ao corpo feminino.

O parto e o nascimento, considerados como eventos fisiológicos femininos passaram a ser objeto de um modelo médico tecnocrático que enfatizava a noção de risco como regra, cabendo sua condução à figura do médico, retirando da mulher todo o seu protagonismo.

Neste período registram-se avanços nas técnicas da cesariana, com a aplicação de anestésias, novos procedimentos de esterilização e o emprego da incisão baixa, os quais possibilitaram que partos antes considerados de alto risco fossem executados com êxito (SANFELICE Et al., 2014). Porém é importante enfatizar que o controle do parto pela obstetrícia, sai da esfera do feminino e passa a ser privativo da prática médica executada pela figura masculina.

O processo de transição entre parir no seio do ambiente domiciliar para o

espaço hospitalar, se deu num contexto de objetificação do corpo feminino, sofrendo inflexões a partir de sua institucionalização, considerando-se que:

com a institucionalização da assistência e o predomínio do parto hospitalar, o cuidado à mulher e a família sofreu várias modificações. A apropriação do saber médico, nesta área, culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (VENDRUSCOLO; KRUEL, 2016, p. 47).

A evolução do saber médico e o incremento de novas técnicas de cirurgia, a utilização de anestesia durante o parto e a diminuição do índice de mortalidade materna contribuiu para a institucionalização do parto e a aceitação social da hospitalização.

O crescimento das maternidades no decorrer do século XX, potencializou essa transição, associado à instrumentalização do parto nos hospitais brasileiros, reforçado pelo modelo biomédico hegemônico. Contraditoriamente essa prática chegou às elites e se propagou por toda a sociedade como resultado do “exercício prático de atenção ao parto graças ao atendimento àquelas mulheres marginalizadas socialmente (PALHARINI; FIGUERÔA, 2018, p. 24).

Todavia, com a institucionalização e instrumentalização do parto, o direito de escolha das mulheres sobre onde desejam parir é suprimido, uma vez que, o poder de decisão passa a ser do médico responsável pelo parto (TORNQUIST, 2002). Vale ressaltar que é a partir da instrumentalização do parto, que se inicia a utilização de recursos e procedimentos médicos que descaracterizam os aspectos naturais do parir.

Em paralelo à progressão da medicalização do parto, houve um processo de marginalização das parteiras, as quais, tiveram sua atuação limitada, fortalecendo assim a institucionalização dos hospitais.

É no final do século XX que a chamada Medicina Baseada em Evidências, a qual busca fundamentar os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos, classifica o parto como um evento natural e o nascimento por via vaginal como o modelo que melhor garante a boa evolução da saúde materna e do bebê, considerando a cesariana como o paradigma mínimo a ser seguido na assistência (ANDRADE; LIMA, 2014).

Pesquisas científicas vêm apontando que a opção pelo parto natural reduz o risco de uma série de complicações e produz um impacto psicológico positivo na mãe e na criança. Além de programas de saúde pública que incentivam a participação das tradicionais parteiras que, durante séculos, tiveram um papel

fundamental no ato de parir. Desta forma, a cesariana não pode ser mais vista como um avanço inquestionável da medicina (DINIZ; CHACHAM, 2006).

No Brasil, atualmente, a assistência às mulheres que utilizam os serviços públicos de saúde, ofertados pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005), desde o processo de gestação até o parto, tem sido objeto de um amplo debate sobre a humanização do parto e a luta contra a violência obstétrica.

A assistência ao parto e o debate sobre o parto humanizado, traz em si aspectos sobre a violência de gênero, uma vez que, por muito tempo as mulheres têm sido privadas das decisões sobre o seu próprio corpo.

O desenvolvimento da medicina e seus avanços tecnológicos modificaram o cuidado prestado à mulher e ao bebê durante o parto. Apesar de que esses avanços sejam justificados com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, o que ocorre de fato é que a mulher passou a ocupar o lugar de simples “paciente”, sem exercer o controle sobre seu próprio corpo.

O parto deve ser encarado como um evento natural da vida da mulher e não uma condição patológica evitando-se assim que mulheres e recém-nascidos(as) sejam submetidos(as) a riscos desnecessários durante e após esse evento. (SEIBERT Et al., 2005).

A ênfase exagerada à fisiologia do parto ignora seus aspectos psicoemocionais e sociais, negando à parturiente o direito de experimentá-lo de maneira autônoma. A partir da institucionalização do parto, o número de cesarianas cresceu e os de partos vaginais diminuíram, contribuindo para o aumento das taxas de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2001).

Nesse contexto de industrialização do parto, a cesariana se estabeleceu como prática corriqueira em nossa sociedade, colocando o Brasil como o segundo país com o maior número de cesáreas do mundo, perdendo apenas para a República Dominicana. Em pesquisa realizada no ano de 2014, a Fundação Oswaldo Cruz afirma que cerca de 52% dos partos realizados pelo SUS é de cesariana e na rede privada esse número chega a 88%, sendo que o recomendado pela Organização Mundial de saúde é de 15% (FIOCRUZ, 2014).

Segundo Delfino (2016), a máfia dos partos cesáreos tem se espalhado no Brasil, reproduzindo a lógica perversa do capital, incutindo nas mulheres mitos sobre gestação, falsas alegações para justificativa do procedimento cirúrgico, visando apenas questões financeiras. Essa cultura da cesariana tem como objetivo principal

transformar as relações sociais e humanas em mercadológicas.

O parto e o período pós-parto imediato são períodos de especial vulnerabilidade tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Estima-se que durante as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais e 45% das mortes maternas (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Por essa razão, a atenção ao parto e ao período pós-parto imediato, deve atender para possíveis ocorrências de hemorragia pós-parto e infecção puerperal, no caso materno e de asfixia, baixo peso ao nascer, prematuridade e infecções graves, no tocante ao recém-nascido, uma vez que, estas condições são que apresentam elevada incidência no registro das intervenções em Saúde Pública (BRASIL, 2008).

Em essência, humanizar o parto e o nascimento pressupõe resgatar a humanidade e a individualidade da mulher, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (WAGNER, 2001).

Vale ressaltar que o conceito de humanização, aqui utilizado é amplo e polissêmico, traduzindo os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher.

A humanização do parto diz respeito à promoção dos direitos de mulheres e crianças, baseando-se numa assistência que preze pela segurança e eficácia das práticas e procedimentos, conforme evidências científicas atuais, e, não na convivência de instituições ou profissionais.

Assim, faz-se necessário um planejamento a respeito da atenção à saúde das mulheres no pré-natal, parto e pós-parto por parte dos gestores e equipes responsáveis para que os direitos da mulher e do bebê sejam respeitados e cumpridos.

De toda forma o que se busca com essa ideia de humanização é devolver ao parto seu lugar como um evento fisiológico e afetivo, durante o qual a mulher deva ter liberdade de movimentação, de receber métodos não farmacológicos para alívio da dor; privacidade e a presença constante de um profissional capacitado para acompanhar o parto. A mulher deve ter seu medo e sua dor percebidos como legítimos e integrantes deste processo, também deve escolher a posição de parir e deve ser a primeira a ver seu bebê e a tocá-lo (MAIA, 2010).

Um parto humanizado, além de oferecer procedimentos comprovadamente

benéficos que evitem intervenções desnecessárias é capaz de prevenir a morbimortalidade materna e fetal (TORNQUIST, 2003).

A gestação, o parto e o puerpério, são períodos de grandes transformações para uma mulher. É necessário que ela se sinta segura com os profissionais de saúde e com sua rede de familiares e amigos, que irão considerar aspectos individuais e culturais relacionados aos grupos nos quais ela está inserida, às suas crenças e valores, a fim de promover cuidado integral.

O aumento do número de mortes maternas e do índice de partos hospitalares, resultaram em maior incidência de cesáreas. Dessa maneira, foi necessário que, ao final da década de 1990, fosse discutida a necessidade de humanização do parto (GONÇALVES; MISSIO, 2009), culminando coma a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento pelo Ministério da Saúde:

(...) com o objetivo de disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Pretende, principalmente, integrar a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Desta forma, será possível resgatar para mulheres e profissionais de saúde a singularidade dente [sic] momento (BRASIL, 2001, p. 5).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades (BRASIL, 2000):

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

diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

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

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.

O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Outro aspecto, no sentido de promover a humanização do parto, é a instituição da Lei 11.108/2005, que estabeleceu a obrigatoriedade de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, indicado pela gestante e de sua confiança, nos serviços de saúde do SUS e/ou da rede conveniada (BRASIL, 2005).

Ainda em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, por meio da portaria nº 1.067. Destacamos entre seus princípios que a Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.

Conforme esta portaria a humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação

coletiva no processo de gestão. O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido. (BRASIL, 2005).

Em 2011 foi lançado pelo Governo Federal o programa Rede Cegonha, o qual consiste em garantir uma rede de cuidados materno-infantil, assegurando às mulheres, “o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

Em 2014 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, que uniu vários programas com o objetivo de preservar a saúde da criança, de forma a alinhar ações fragmentadas possibilitando um atendimento articulado com as ações integrais de proteção da criança, tendo em vista os princípios constitucionais do SUS.

A despeito desses avanços, o modelo de assistência à saúde predominante no Brasil é um modelo centrado no saber biomédico, fragmentado, curativo e hospitalar, cujas características repercutem negativamente na elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular (MAIA, 2010).

Atentar para a importância do parto humanizado, na qual o contato da mãe com o seu filho promove esforços para que a equipe multidisciplinar acione a assistência social a favor da parturiente, apontando os benefícios inquestionáveis no emprego da humanização dentro e/ou fora âmbito hospitalar. Em alguns casos, o período de pré e pós parto não ocorre de forma adequada, dentro das Unidades, contribuindo assim, para a caracterização da violência obstétrica (TEIXEIRA.; BASTOS, 2009).

Neste sentido, Brasil (2006) descreve o que preconiza a assistência humanizada, tendo encontrado priorização nos procedimentos da área de saúde, alcançando o SUS (Sistema Único de Saúde), sendo implantada desde 2004, pelo Ministério da Saúde brasileiro, a Política Nacional de Humanização (PNH).

As evidências é que pouco têm se feito a favor da assistência humanizada, associando ao assistencialismo às mães parturientes, pois a ausência de políticas voltadas para a saúde no Brasil, bem como as dificuldades com gestão, condições de trabalho, investimento da qualificação de profissionais, são causas para a não

funcionalidade desta assistência (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Segundo Souza; Ferreira (2010) sabe-se que o parto e o período pós-parto imediato são períodos de especial vulnerabilidade tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Estima-se que durante as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais e 45% das mortes maternas.

Por essa razão, as práticas de atenção ao parto e ao período pós-parto imediato, que estão orientadas aos problemas mais sérios e imediatos da mãe (ex. hemorragia pós-parto e infecção puerperal) e do recém-nascido (asfixia, baixo peso ao nascer, prematuridade e infecções graves) são as que recebem maior atenção no registro das intervenções em Saúde Pública. O foco direto das instituições hospitalares está diretamente ligado na saúde e na segurança da mãe durante o parto, enquanto os programas de sobrevivência infantil tendiam a se concentrar nas condições que afetam a sobrevivência depois do período neonatal (BRASIL, 2008).

No tocante as complicações pós parto com chances de mortalidade para mãe e filho, as mortes (aproximadamente um terço), trazendo o alerta, para promover práticas simples, baratas e baseadas em evidência de atenção ao parto, que podem aumentar os índices de sobrevivência e qualidade de vida quando a mãe, após o parto é admitida nas Unidades de Terapia Intensiva, durante o parto e pós-parto (BRASIL, 2008).

Enquanto a atenção é hoje dividida de forma mais equitativa no que diz respeito à sobrevivência dos dois “componentes” do binômio mãe/bebê, durante o parto e o puerpério imediato, uma oportunidade crucial para implementar práticas simples, capazes de afetar, ao longo prazo, a saúde da mãe e do recém-nascido, pode estar sendo ignorada (SOUZA Et al. 2019).

De acordo com Souza Et al. (2019), programas de atenção integral devem integrar as práticas de humanização do parto, nas quais inclui também a amamentação dentro das Unidades, sem contar com as práticas de atenção materna, para prevenir danos a saúde da mãe e do bebê, a fim de promover o bem-estar de ambos como também erradicar a mortalidade, tais como o manejo ativo do terceiro período do parto, melhorarão à curto e longo prazos para o binômio mãe/bebe.

Nos estudos de Boaretto (2003), o autor enfatiza que a atenção para o parto humanizado deve mobilizar todos os profissionais envolvidos no âmbito hospitalar, especificamente a equipe multidisciplinar. Em pesquisas, cerca de 32,7% das mães

admitidas em maternidades, com recém-nascidos antes dos seis meses de vida, recebem informações dentro deste espaço hospitalar e apenas 14,3% delas são orientadas no pré-natal.

Boaretto (2003) destaca que a promoção as informações, orientações e procedimentos que chegam até as mães, devem fazer parte do assistencialismo para caracterizar um parto humanizado, impedindo que problemas surjam com a falta de conhecimento da no período das internações e trazendo soluções no surgimento de problemas. Neste aspecto, as parturientes vislumbram um parto tranquilo e saudável, sem intercorrências.

Pinheiro (2018) enfatiza que o parto humanizado tem seu foco também na gravidez de alto risco, pois necessita de cuidados especiais, podendo acarretar a parturiente, durante a gestação: déficit cognitivo, visual, auditivo, convulsão, hiperatividade, alterações físicas como fraqueza dos membros, dificuldade de andar, de coordenação motora e equilíbrio e ainda em realizar as AVD'S (atividades da vida diária).

Durante a gravidez de alto risco, com as taxas da gestante alteradas, os fetos são muito vulneráveis de fenilalanina e estão em risco importante. As infecções intrauterinas como a toxoplasmose, a infecção a citomegalovírus, vírus da rubéola e da imunodeficiência humana, são também causa de embriofetopatia e de potencial microcefalia. A equipe de enfermagem tem o papel de avaliar individualmente cada paciente para traçar um plano de cuidados primários, atuando no desenvolvimento físico e mental (SAMPAIO Et al., 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a gestante que foi classificada de alto risco, configura-se hoje como uma epidemia, não-contagiosa mundial, tornando-se problema de saúde pública no Brasil e no mundo, associada sua incidência a vários fatores envolvidos como: a adoção de estilos de vida pouco saudava, sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência de uma gestação de alto risco.

O pré-natal feito à uma paciente gestante caracterizada de alto risco, tem sido para o Estado e para a sociedade, uma grande carga econômica, no ponto de vista das internações e tratamentos clínicos, e um grande encargo para a paciente, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionado às suas complicações, que comprometem a

produtividade, a qualidade de vida e a sua sobrevivência, aonde muitas vezes existe a ocorrência das mortes neonatais (RUAS Et al., 2013).

No grego, a palavra risco vem do vocábulo “*riscare*”, significando ousar. Assim, risco seria uma opção e não um destino. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2012) estima-se que as epidemiológicas de risco ultrapassam conceitos preliminares, sendo, portanto, importante levar em consideração dimensões moral, política e cultural a elas coligadas.

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2012) e Brasil (2010), a avaliação de risco não é tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco se associa a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. Especificamente, o conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano.

Devido à grande importância e sua complexidade no tratamento referente às gestações de alto risco, o tema em discussão vem sendo objeto na esfera das políticas públicas em saúde e no campo das recomendações de procedimentos técnicos. Para que se possa possibilitar meios favoráveis e eficazes a assistência, no tocante a prevenção e procedimentos da enfermagem a esta tipologia de gestantes, inicialmente faz-se necessário buscar os sentidos que envolvem a expressão gravidez de alto risco (BRASIL, 2018).

Segundo Brasil (2012), o sistema de saúde público brasileiro melhorou muito nos últimos 30 anos na questão ao pré-natal, tudo com muito esforço e iniciativas do Governo e da sociedade, contudo, ainda tem muito a ser feito.

Segundo Brasil (2012), centros especializados para gestantes de alto risco tem sido apontados como espaços específicos para o tratamento das comodidades da gestação de alto risco, podendo acontecer numa unidade de saúde, seja de médio ou grande porte, onde recebem gestantes que precisam de um olhar diferenciado sobre a sua gestação. Uma equipe multiprofissional deve ser composta para acompanhar a gestante de alto risco, afirma Brasil (2010) e Brasil (2013), para minimizar os impactos negativos do diagnóstico de alto risco, garantindo que a paciente chegue ao final da sua gestação sem nenhuma complicação mais séria.

As intercorrências clínicas materno-fetais estão relacionadas à gestação de alto risco, segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, ocorrem entre 10 a 22% das gestantes no Brasil e são caracterizadas, dentre as variadas

intercorrências, as mais recorrentes, por: Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG), que podem ser classificadas em Hipertensão Crônica (HC), Pré-eclampsia/eclampsia (PE), Pré-eclampsia Sobreposta à Hipertensão Crônica (PSHC), hipertensão gestacional (HG); Diabetes Gestacional (DG) e Soropositivo na Gestação (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2022), exatamente no decorrer do período gestacional e no parto é que existe a possibilidade de intercorrências que devem ser assistidas pela equipe multidisciplinar, ponderando para a proteção mãe/bebê. Uma das intercorrências no pós parto, Segundo Duarte (2010), em destaque, é a transmissão vertical, em muitos casos, é passado mesmo durante a amamentação, por esse motivo, se faz necessário, que a gestante, seja assistida, e qualquer tipo de abuso e de não assistência, pode-se configura violência obstétrica.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ, 2020), nos cuidados ao pré-natal, parto e puerpério de mulheres, Duarte (2010) enfatiza que existe a possibilidade da transmissão vertical, e falta desses cuidados também se configura violência obstétrica, incluindo o acesso a qualidade de vida das parturientes e bebês. Neste contexto, a mulher após o parto, deve lidar exclusivamente com a prevenção da transmissão vertical e o controle adequado da doença materna, sendo os principais responsáveis da contaminação ao recém-nascido: 1) carga viral. 2) aleitamento materno e 3) infecções concomitantes.

### 3 Caracterizando a violência obstétrica nos termos da lei brasileira

Até um século atrás o ato de parir era vivenciado como algo espontâneo enatural. O nascimento ocorria com a ajuda de parteiras, na própria residência da parturiente, conforme discutimos no capítulo anterior. Naqueles tempos parir era uma eminentemente feminino e privado, realizado em domicílio com auxílio das parteiras, aparadeiras ou comadres, que eram mulheres de confiança da gestante e reconhecidas pela comunidade por sua experiência na realização do parto e no acompanhamento durante o trabalho de parto e pós-parto.

O parto era uma atividade desvalorizada, suas dores consideradas como consequência do pecado original e, portanto, não era digno de atenção por parte da medicina formal, que relegava seu acompanhamento a mulheres que nada ou pouco recebiam por isso (VALLE, 2016, p. 02).

A partir do momento em que a medicina desenvolveu um novo conceito sobre o parir, bedecendo a protocolos hospitalares, é estimulada uma cultura a fim de convencer a parturiente de que o parto não poderia ser realizado fora do ambiente hospitalar (BARBOZA; MOTA, 2016). Com o avanço da obstetrícia, supõe-se que deveria haver a ausência de riscos à integridade física da parturiente, inclusive porque atualmente 97,85% dos partos no Brasil são hospitalares (BRASIL, 2008). Contudo, os maus tratos podem ser vislumbrados, desde a primeira consulta pré-natal até o pós-parto e são praticados por profissionais da área da saúde, em variados seguimentos, num momento de vulnerabilidade em que as mulheres deveriam ser assistidas e apoiadas (COELHO Et al. 2010).

A violência obstétrica é uma dimensão da violência contra a mulher e se manifesta nas situações em que a vítima sofre durante o seu ciclo gravídico-puerperal por meio da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos, produzindo danos por meio do cuidado obstétrico profissionais (CARVALHO, 2015).

Segundo pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” realizada pelo Sesc e pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma a cada quatro mulheres brasileiras declara ter sofrido essa expressão da violência. Porém, é sabido que a invisibilidade em relação ao tema é alta e, desta forma, há possibilidade de haver mulheres que desconhecem que foram vítimas.

Segundo Duarte (2013), todas as formas de violência são condenáveis,

porém, a violência obstétrica é uma das piores formas de violência, pelas seguintes razões: Atinge dois seres que estão vulneráveis, e ao mesmo tempo: a mãe e o bebê. Às vezes atinge também o acompanhante, em geral o pai do bebê; É perpetrada por um grupo que tem o domínio (equipe profissional) em seu próprio campo de batalha (o hospital, a sala de parto); Muitas vezes não tem testemunha (a equipe se cala, o acompanhante muitas vezes foi impedido de assistir o parto); Não é reconhecida pela sociedade, que entende que os profissionais sempre estavam fazendo o seu melhor e que provavelmente a mulher é quem não colaborou/se comportou; Tem quase 100% de impunidade, pois as poucas denúncias recaem nos conselhos profissionais com sindicâncias intermináveis; Pode causar graves sequelas físicas e psicológicas, e em raros casos, a morte; Atinge um número absurdo de mulheres em nosso país, se considerarmos todas as suas formas. Podemos estar chegando perto de 100% de mulheres que foram ou serão submetidas a violência obstétrica durante seus partos.

A violência obstétrica constitui uma grave violação à autonomia das mulheres, aos seus direitos humanos e aos seus direitos sexuais e reprodutivos. São caracterizados como atos de violência obstétrica: violência exercida com gritos; os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, e a falta de analgesia e negligência; recusa à admissão ao hospital, conforme Lei11.634 de 2007 (BRASIL, 2007); impedimento de entrada de acompanhante, conforme Lei11.108 de 2005 (BRASIL, 2005); violência psicológica (tratamento agressivo, discriminatório, grosseiro, zombeteiro, inclusive em razão de sua cor, etnia, raça, religião, estado civil, orientação sexual e número de filhos); impedimento de contato com o bebê; impedimento ao aleitamento materno; a cesariana desnecessária e sem consentimento; realização de episiotomia de modo indiscriminado; uso de ocitocina sem consentimento da mulher; a manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê); a proibição de a mulher se alimentar ou desidratar e obrigar a mulher a permanecer deitada.

A fim de tipificar a violência obstétrica segundo a realidade histórico cultural brasileira, Carvalho (2015) destaca os seguintes pontos: 1) No âmbito físico a violência obstétrica se dá por meio de ações e/ou omissões realizadas no corpo da mulher, lhe causando dor ou algum dano físico, a partir de práticas sem recomendações baseadas em evidências científicas; 2) No âmbito psicológico observa-se o conjunto de ações verbais ou comportamentais que provocam

sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e respeito; 3) Nos aspectos sexuais, temos as ações impostas às vítimas que violam sua intimidade ou pudor recaindo sobre o seu senso de integridade sexual e reprodutiva. Essas ações podem ou não se dar pelo acesso aos órgãos sexuais ou partes íntimas do corpo da mulher, por ações que se expressem como controladoras da sexualidade da mulher, ou mesmo por meio do abuso de poder e confiança depositados nos profissionais que lhes prestam serviço; 4) Em caráter institucional a violência obstétrica ocorre por meio das ações práticas, rotineiramente institucionalizadas ou formas de organização que impedem, retardam ou dificultam o acesso da mulher aos seus direitos instituídos, consolidados em práticas ou serviços de natureza pública ou privada; 5) A violência obstétrica tem sido objeto de diversos estudos, os quais asseguram que esta é uma realidade vivida por muitas mulheres no Brasil, mas ainda não foi possível dimensionar precisamente o seu alcance, uma vez que, não existem mecanismos próprios para identificá-la e notificá-la.

Sem políticas de informações efetivas, que contribuam para que as vítimas se percebam como tal, o problema continua sendo invisibilizado, conforme já mencionamos. Conforme Pulhez (2013), essa invisibilidade tende a ser naturalizada pois, se são procedimentos rotineiros e próprios do saber médico, por que se deveria vê-los como violentos?

Em muitos casos, são impostos procedimentos desnecessários e sem embasamento científico que violam os direitos humanos da mulher, principalmente os sexuais e reprodutivos, expondo a parturiente ao risco de morte (SOUZA et al. 2021). Os agentes violentos não se reduzem a cargos específicos e nem necessariamente são profissionais da saúde, realizando a violência muitas vezes por falta de conhecimento, rotina ou para atender ao sistema.

Entende-se que a defesa dos direitos humanos e de princípios tais como dignidade, respeito, liberdade, justiça, valor da pessoa humana e igualdade de direitos, são meios de se proteger as mulheres das expressões de violência que elas vêm sendo acometidas. “A compreensão do que é bom ou ruim para as mulheres na hora do parto é uma questão de entendimento de direitos humanos, ou seja, daquilo que seria representativo de respeito, de dignidade” (PULHEZ, 2013, P. 22).

A discussão sobre o enfrentamento à violência obstétrica remete à necessidade de se entender que temos vivenciado e permitido a violação dos direitos humanos das mulheres, a partir de procedimentos que vão de encontro a preconizado para a saúde sexual e reprodutiva.

Enquanto parte dos direitos fundamentais básicos à vida digna, propostos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, se inserem os Direitos sexuais e reprodutivos reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais.

Segundo Borges (2006), Direitos Humanos em âmbito internacional, em particular da Mulher, é o conjunto de normas subjetivas e adjetivas do Direito Internacional que visam assegurar ao indivíduo, de qualquer nacionalidade, os instrumentos e mecanismos de defesa contra os abusos de poder de um Estado.

Segundo Trindade (2009, p. 212-213).

Todo novo *corpus juris* do Direito Internacional dos Direitos Humanos vem de ser construído em torno dos interesses superiores do ser humano, independentemente de seu vínculo de nacionalidade ou de seu estatuto político [...] Se o Direito Internacional reconhece aos indivíduos direitos e deveres (como comprovam os instrumentos internacionais de direitos humanos), não há como negar-lhes personalidade internacional, sem a qual não poderia dar-se aquele reconhecimento [...] O reconhecimento do indivíduo como sujeito tanto do direito interno como do Direito Internacional, dotado, em ambos de plena capacidade processual (cf. infra), representa uma verdadeira revolução jurídica, para a qual temos o dever de contribuir. Esta revolução vem enfim dar um conteúdo ético às normas tanto do direito interno como do Direito Internacional.

Isto significa dizer que a proteção aos direitos humanos, principalmente das mulheres aqui no Brasil, inova no sentido de que relativiza o sentido de soberania absoluta do Estado, já que este pode ser monitorado e responsabilizado internacionalmente, por violação de direitos humanos e, legitima o indivíduo como sujeito de direitos, que deve ter os seus direitos protegidos internacionalmente.

Na interpretação de Trindade (2009, p. 25):

O Direito Internacional dos Direitos Humanos não rege as relações entre iguais; opera precisamente em defesa dos ostensivamente mais fracos (...). Nas relações entre desiguais, posiciona-se em favor dos mais necessitados de proteção. Não busca obter um equilíbrio abstrato entre as partes, mas remediar os efeitos do desequilíbrio e das disparidades na medida em afetam os direitos humanos. Não se nutre das barganhas de reciprocidade, mas se inspira nas considerações de *ordre public* em defesa de interesses comuns superiores, da realização da justiça.

Neste contexto de universalidade da proteção dos direitos humanos ao mais

necessitado, insere-se a discussão sobre a internacionalização dos direitos humanos da mulher brasileira com a vigência da Lei Maria da Penha. Enquanto um construído histórico, os direitos humanos das mulheres não traduzem uma história linear, não compõem uma marcha triunfal, nem tampouco uma causa perdida.

Na visão de Piovesan (2012), afirma que reflexões, a todo tempo, são feitas, baseadas na história de um combate, mediante processos que abrem e consolidam espaços de luta pela dignidade humana, como invoca, em sua complexidade e dinâmica, o movimento feminista, em sua trajetória plural.

De acordo com Piovesan (2012), esta concepção é fruto do movimento de internacionalização dos direitos humanos, que surge, no pós-guerra, como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos durante o nazismo. É neste cenário que se vislumbra o esforço de reconstrução dos direitos humanos, como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional.

No entanto, gradativamente, surgem instrumentos internacionais a delinear a concepção material da igualdade, concebendo a igualdade formal e a igualdade material como conceitos distintos, mas inter-relacionados. Transita-se da igualdade abstrata e geral para um conceito plural de dignidades concretas. Daí a contribuição das demais vertentes feministas como a libertária radical; a socialista; a existencialista; e a multiculturalista para o processo de construção histórica dos direitos humanos das mulheres (PIOVESAN, 2012).

Segundo Piovesan (2012, p. 141),

A necessidade de uma ação internacional mais eficaz para a proteção dos direitos impulsionou o processo de internacionalização desses direitos, culminando na criação da sistemática normativa de proteção internacional, que faz possível a responsabilização do Estado no domínio internacional, quando as instituições nacionais se mostram falhas ou omissas na tarefa de proteção dos direitos humanos.

O autor deixa claro seu posicionamento no tocante à uma universalidade dos direitos de proteção, dentro de uma normativa única e abrangente tendo como agente dominante e de responsabilidade fundamental o Estado, poder público que deveria ter iniciativas mais “violentas” no que diz respeito aos direitos universais do ser humano.

De acordo com Trindade (2009, p.21), na Europa as pessoas podem individualmente ter acesso “às instâncias internacionais de proteção e o reconhecimento de sua capacidade processual internacional em casos de violações

dos direitos humanos.”

Estas “instâncias” de proteção são corriqueiramente viabilizadas, sem qualquer transtorno aos que os solicitam, em uma análise crítica, em vários lugares é normal proteger e pôr em “ação” os direitos que cabem há quem os convoca, contudo existe uma resistência insana e irracional aqui no nosso país, porque será?

Em linhas gerais, é sempre negativo a ausência dos direitos humanos dentro das políticas públicas pois esses direitos são o resultado de lutas e embates políticos e estão sujeitos a avanços pautados em alguns momentos em retrocessos.

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi um marco histórico, sem dúvida uma mobilização no movimento pelos direitos da mulher que desenvolveram uma histórica e bem sucedida campanha com fundamentos bem alicerçados na história constitucional brasileira, consagra-se a igualdade entre homens e mulheres, como um direito fundamental (BRASIL, 2005).

O princípio da igualdade entre os gêneros está na esfera do Direito da família, quando o texto vem a estabelecer que os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelos homens e pelas mulheres.

De acordo com os apontamentos de Borges (2006), Direitos Humanos é o conjunto de normas subjetivas e adjetivas do Direito Internacional que promovem segurança ao ser humano. Segundo Trindade (2004, p. 212-213), todo novo *corpus juris* do Direito Internacional dos Direitos Humanos vem de ser construído em torno dos interesses superiores do ser humano, independentemente de seu vínculo de nacionalidade ou de seu estatuto político “[...] Se o Direito Internacional reconhece aos indivíduos direitos e deveres (como comprovam os instrumentos internacionais de direitos humanos), não há como negar-lhes personalidade internacional, sem a qual não poderia dar-se aquele reconhecimento [...]”.

Com a discursão da universalidade da proteção dos Direitos Humanos, devesse introduzir a discussão sobre a internacionalização dos Direitos da mulher, a luta pela dignidade humana da mulher, promove uma discursão sobre a história de um combate, abrindo espaços de como apontar, em sua complexidade e dinâmica, o movimento feminista, em sua trajetória plural.

Segundo Trindade (2009), cabe um esclarecimento que os direitos humanos são compreendidos na sua concepção contemporânea, ou seja, são concebidos como sendo universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados, sem prescindir dos valores de igualdade e liberdade.

Portanto, a mulher para conquistar sua cidadania precisa participar ativamente da vida e do governo, ter o poder de tomar decisões, ter emprego e permanecer no mesmo, poder sustentar-se, ter moradia, saúde, lazer, educação, que significa dizer, acesso assegurado a serviços básicos, ter acesso à justiça, garantias judiciais e um recurso rápido e eficiente e, desenvolver-se como ser humano. Cabe menção que a Constituição assegura em seu artigo 5º, § 1º, que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.” Entretanto, a realidade das mulheres demonstra que a norma ainda é inaplicável (BRASIL, 2008).

Como marco histórico pelo reconhecimento dos direitos humanos da mulher, menciona-se brevemente a Convenção de Viena (1993). Nos comentários de Dias (2005), o Código Civil de 1916, que ainda subjugava a autonomia da mulher à vontade do marido e, portanto, não dava a ela, em igualdade de condições, as mesmas atribuições e direitos concedidos ao homem, mais especificamente no ordenamento jurídico brasileiro.

Desde à década de 80 até os dias atuais, segundo com o Instituto Avante Brasil (IAB, 2022) uma mulher morre a cada hora no Brasil. Atualmente são cerca de 91.611 mulheres assassinadas por motivos torpes, pelos conjugue e/ou conhecidos. Quase metade desses homicídios são dolosos praticados em violência doméstica ou familiar através do uso de armas de fogo.

Outro aspecto apontado também pelo Instituto Brasileiro de Advogados (IAB, 2020) que é comum a este tipo de violência emocional, que chega a representar 38% dos casos, é o agressor apontar a parceira como causa das suas agressões, seja por ter se colocado naquela situação de violência ou pelo fracasso do relacionamento, por exemplo.

Na Visão de Brito (2015), é que vivemos numa sociedade patriarcal em que a responsabilidade pelo sucesso do casamento é imposta à mulher desde que ela nasce, muito embora qualquer relacionamento precise do empenho de ambas as partes para ser bem-sucedido. Esta mentalidade é um dos fatores que corroboram para que a mulher não consiga sair de uma situação de violência dentro de sua própria casa.

Entende-se que a violência obstétrica é resultado de diversas estruturas de organização da sociedade que desconectam-se da participação da mulher, e mesmo estando avançado quanto ao domínio das imposições do patriarcado, pode-se

observar reflexos de uma cultura imposta pelo machismo, subjugando o sexo feminino, afirma Balbinotti (2018).

Contudo, conceitualmente, como se dá o patriarcado, para justificar a violência obstétrica? “é uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois princípios básicos: as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e os jovens estão hierarquicamente subordinados aos homens mais velhos” (SAFFIOTI, 2004, p. 122). Nesse contexto, a imposição masculina trouxe um peso maior nas suas atividades, menosprezando as atividades femininas, trazendo, com a cultura do patriarcado, controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia feminina.

Mesmo com números significativos, em que mulheres são líderes dos lares (32,2%), contra 22,2% uma década antes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), as relações e as funções de cada um (homem e mulher), vão sendo desenhadas conforme relações sociais hierarquizadas.

Balbinotti (2018) concorda com Andrade (2005) que a luta pela desigualdade entre homens e mulheres no Brasil, neste contexto, os autores trazem outro ponto em comum também, sobre a violência obstétrica, as correntes feministas negam sobre o determinismo biológico que foi incutido culturalmente, na afirmação que a mulher depende da construção e da aprovação social predominantemente masculino. Neste sentido, assim como as diversas formas de violência contra a mulher, os autores acreditam que é a manifestação de relações de poder que tem prevalecido na sociedade atual, sustentadas pela cultura do patriarcado.

Nesta mesma linha de pensamento, sobre a conexão da violência de gênero e o patriarcado, a teoria de Beauvoir (1970), mesmo trazendo a realidade das mulheres da década dos anos 40, em que as mesmas estavam na cultura do trabalho profissional fora do espaço doméstico, ao longo das décadas, tem imperado a “lei do patriarcado”, que segundo Balbinotti (2018), é bastante atual na cultura brasileira:

A mulher que se liberta economicamente do homem nem por isso alcança uma situação moral, social e psicológica idêntica à do homem. A maneira por que se empenha em sua profissão e a ela se dedica depende do contexto constituído pela forma global de sua vida (BEAUVOIR, 1970 p. 33).

Butler (2003) destaca a teoria de Beauvoir (1970) destrinchando em seu estudo sobre problemas de gênero, quanto ao Feminismo e subversão da

identidade, menciona sobre a violência de gênero como sendo a expressão dos variados atos praticados contra as mulheres, impondo submissão ao sofrimento físico, sexual e psicológico, caracterizando-se as tipologias de ameaças. Alves (2003) destaca que a teoria de Beauvoir (1970), menciona que a imposição ou pretensão de subordinação é configurada como controle do gênero masculino sobre o feminino. Neste contexto, desvendar a real origem do fenômeno social violência de gênero, é ligá-la a cultura patriarcal e do machismo, em um apanhado teórico.

Na teoria de Beauvoir (1970) é mencionado, que no decorrer histórico da civilização, a cultura matricêntrica (mulher no centro) foi cedendo lugar para a cultura patriarcal, trazendo papéis definidos para o homem e para a mulher na sociedade. Outro ponto que se deve atentar para a referida teoria trata que a cultura patriarcal se baseia na construção da ideologia do machismo e as correntes teóricas de dominação pelo homem, sendo esse o principal ponto que justifica e explica a violência contra a mulher, nos séculos passados e nos dias atuais, trazendo a afirmação sobre a influência do patriarcado e do machismo na violência de gênero, afirma Balbinotti (2018), tecendo a ideia da teoria de Beauvoir.

No livro de Beauvoir (1970), Balbinotti (2018) enfatiza sobre dois fatores, e podemos nos basear nessa teoria para justificar a violência obstétrica, a participação no processo produtivo e a libertação da escravidão da reprodução que culminaram para o atual posicionamento da mulher e a conquista total da mesma, pode ser mencionados para justificar. Neste contexto, os direitos políticos da mulher, podem ser acionados, estão incluídos, e diz:

Estou convencido de que as relações sociais dos dois sexos, que subordinam um sexo a outro em nome da lei, são más em si mesmas e constituem um dos principais obstáculos que se opuseram ao progresso da humanidade; estou convencido de que devem ser substituídas por uma igualdade perfeita (BEAUVOIR, 1970, p. 158).

Alves (2014) e Butler (2003), destrinchando em seu estudo sobre problemas de gênero, quanto ao Feminismo, entra na questão apontada por Borges (2006), que a imposição da cultura do patriarcado fere os Direitos Humanos em âmbito internacional, em particular da Mulher, é o conjunto de normas subjetivas e adjetivas do Direito Internacional que visam assegurar ao indivíduo, de qualquer nacionalidade, os instrumentos e mecanismos de defesa contra os abusos de poder

de um Estado, e não apenas Estados, mas, outras formas variadas de poder que oprimem, excluem, discriminam e matam.

Segundo Trindade (2004, p. 212-213),

Todo novo *corpus juris* do Direito Internacional dos Direitos Humanos vem de ser construído em torno dos interesses superiores do ser humano, independentemente de seu vínculo de nacionalidade ou de seu estatuto político [...] Se o Direito Internacional reconhece aos indivíduos direitos e deveres (como comprovam os instrumentos internacionais de direitos humanos), não há como negar-lhes personalidade internacional, sem a qual não poderia dar-se aquele reconhecimento [...] O reconhecimento do indivíduo como sujeito tanto do direito interno como do Direito Internacional, dotado, em ambos de plena capacidade processual (cf. infra), representa uma verdadeira revolução jurídica, para a qual temos o dever de contribuir. Esta revolução vem enfim dar um conteúdo ético às normas tanto do direito interno como do Direito Internacional.

Isto significa dizer que a proteção aos direitos humanos, principalmente das mulheres aqui no Brasil, inova no sentido de que relativiza o sentido de soberania absoluta do Estado, já que este pode ser monitorado e responsabilizado internacionalmente, por violação de direitos humanos e, legitima o indivíduo como sujeito de direitos, que deve ter os seus direitos protegidos internacionalmente. Neste contexto, vale salientar, que na cultura patriarcal, segundo Alves (2014), principalmente no período pós guerra, os homens se tornaram mais valorizados passaram a serem os heróis, dando início, após uma longa era da cultura matricêntrica, a ruptura da harmonia entre homens e mulheres, dando gancho para as justificativas sobre a violência de gênero.

Oliveira; Candau (2010), na abordagem da relação intercultural no Brasil, enfatiza que portanto, a mulher para conquistar sua cidadania precisa participar ativamente da vida e do governo, ter o poder de tomar decisões, ter emprego e permanecer no mesmo, poder sustentar-se, ter moradia, saúde, lazer, educação, que significa dizer, acesso assegurado a serviços básicos, ter acesso à justiça, garantias judiciais e um recurso rápido e eficiente e, desenvolver-se como ser humano.

Cabe menção que a Constituição assegura em seu artigo 5º, § 1º, que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.” Entretanto, a realidade das mulheres atualmente, por causa da violência de gênero, demonstra que a norma ainda é inaplicável (BRASIL, 2008).

De acordo com o Instituto Avante Brasil (IAB, 2021), um ponto importante de abordagem deve ser alertada, apesar do estabelecimento do dispositivo jurídico em

questão (Lei 13.104/15), pode ser acionada, caso a violência obstétrica culmine em morte da parturiente, em torno do gênero feminino, os números continuam alarmantes. Deste modo, se faz evidente a necessidade do estudo, elaborado destes meios legais, como também expor índices e mapeamentos em níveis Federais, Estaduais e Municipais, apontando a imposição patriarcal da sociedade moderna, justificando os números alarmantes de mortes, pós parto, configurado violência obstétrica contra a mulher.

Considerando o contexto atual de crimes na obstetricia, também, contra o gênero mulher, e a atual legislação, Campos (2015) e Cavalcante (2015) vislumbram a necessidade de refletir sobre a criação, aplicabilidade deste mecanismo legítimo (Lei do Feminicídio), caso a mulher venha a óbito durante ou após o parto seja em sua esfera jurídica ou no âmbito social. Uma sociedade segura dos seus direitos e de tudo que a pertence é uma sociedade tecnicamente livre de machismo, repúdio, violência, ataque, hostilidade, e de tudo que uma sociedade não deveria ter como um dos cenários principais.

Sabe-se que a sociedade exerce um papel de suma importância em relação ao fim da violência obstétrica, entendendo que se trata também de violência de gênero, incumbe na sociedade, uma educação relevante sobre o combate a esse tipo de abuso. Hoje com os mecanismos de lei e as políticas públicas, procuram trazer “voz”, exteriorizando a luta de gênero, apregoar cada vez mais os ideais de igualdade e respeito.

Na concepção de juristas e doutrinadores, a origem de violência obstétrica passa por variados embasamentos, contudo, nesse estudo, pode-se incluir as concepções racistas contra a mulher parturiente nas relações de gênero, Azevedo, Hermann; Catroga (2012) e Almeida (2019) nas publicações de “Memória, escrita da história e cultura política no mundo luso-brasileiro” e “Racismo Estrutural” na abordagem do Feminismo Plural, na qual enfatizam, os contrapontos sobre o racismo e correlacionando com o patriarcado, vindo dos portugueses, com a chegada dos escravos no Brasil. Os autores destacam que mesmo sendo um fenômeno da antiguidade, o perfil teórico do Racismo Estrutural, originou-se no século XIX com o francês Gobineau, e que ao longo dos tempos, a temática buscou variadas formas de acomodações.

Azevedo, Hermann; Catroga (2012) e Foucault (2016) concordam nas suas fundamentações, em diversas concepções, de que o Racismo Estrutural vem da

visão dos povos antigos sobre “sentimento de superioridade de raça”, e que aqui no Brasil chegou na colonização, contudo as mais fortes são: existem raças; as raças são biológicas e geneticamente diferentes; há raças atrasadas e inferiores; há raças superiores e adiantadas, estas são destinadas a dominar o planeta e têm o direito de exterminar as raças atrasadas e inferiores.

Estas afirmações norteiam o fundamento para justificar a violência obstétrica que culminam para o entendimento que, em porcentagens maiores, mulheres negras são as que mais estão suscetíveis a violência de gênero, durante e após o parto, por causa desse viés “ideológico”.

De acordo com o exposto, Foucault menciona que o Racismo Estrutural foi a forma de delimitação de novas técnicas de poder, não estando ligado nem a mentalidades, nem a ideologias, mas a tecnologia do poder. A fim de trazer a concepção de identidade negra, por meio de um apanhado da trajetória histórica dos afro-brasileiros, em hospitais públicos, Flaeschen (2020) e Cerezer (2020), em alguns contrapontos, destrincham o porquê dos conceitos pré-estabelecidos sobre racismo durante o atendimento hospitalar das parturientes, sendo resultado, nos dias atuais, com o Racismo Estrutural, temática para respaldar os contextos históricos da identidade negra na mulher que sofre violência de gênero.

Ribeiro (2017) e Flaeschen (2020) afirmam que a mulher, no pré e pós parto, precisa ser protegida pela legislação e amparadas pelas políticas públicas, apontados conjuntamente por Quintiliano (2007) em sua publicação “Combate ao Racismo Estrutural” e sua relação com a violência de gênero. Reflexo de uma sociedade hierarquicamente patriarcal, instalado, de maneira, não velada, em vários lugares, reprimindo o lugar de fala na cultura brasileira, a fim de promover a desvalorização dos negros e para negar a humanidade dos africanos. As ações afirmativas para destacar a mulher negra que sofre violência e/ou abuso, baseadas na política de inclusão racial e social, deve levar essa mulher a um lugar que corrobora para o seu Empoderamento feminino.

Mbembe (2017) e Flaeschen (2020) tiveram o mesmo discurso de no argumento que a relação do “ser negro” com o não-humano, tem como propósito, embasar todas as novas formas de exclusão, estão ligados a cultura do patriarcado, nas relações hierárquicas, sendo refletidas na forma do não acolhimento a gestantes negras.

Outra análise, deve ser fomentada, quando se trata de trazer uma suposta resposta a origem da violência de obstétrica gênero, no exposto já traçado neste estudo, abre um debate em questão da reivindicação de um lugar de fala das mulheres no Brasil, respaldados por juristas e doutrinadores que enfatizam sobre a origem por causa de imposições patriarcais históricas.

Sobre a ótica de Ávila (2017), o caminho aqui percorrido para abordar punições de violência obstétrica a necessidade da instituição da Lei do Feminicídio, como um fenômeno social, apresentando suas variadas perspectivas de compreensão do papel do machismo querendo calar o feminismo, devendo responder, pelo crime de morte a parturiente, sobre se a Lei 13.104/15, seria uma consequência de “brechas” no ordenamento jurídico, apontando a necessidade de trazer respostas sobre as tentativas de trazer maus-tratos a mulher.

Os crimes de violência de gênero, atrelada a violência obstétrica, sofridos pelas mulheres, se estendem a contextos machistas, onde homens (ou profissionais de saúde) em sua ambição de superioridade desvaloriza a mulher pelo simples de fato de apresentar-se como tal, lhe dirigindo um contexto de morte ou subjugamento, na qual denota a problemática de tanta violência.

As consequências da perspectiva de gênero estão na esfera das políticas de segurança pública, o autor destaca que a Lei Maria da Penha, na verdade, trouxe contribuições significativas, quanto a eficiência jurídica. Vale ressaltar também que existe uma quebra relevante do ciclo de violência obstétrica frequentemente verificado na sociedade com o patriarcado arraigado. As constantes e variadas dificuldades na quebra dos termos das relações afetivas, geralmente destacadas pela violência contra a mulher durante sua gestação ou pós gestação, com o estigma cultural de não denunciar, ou por “prisões” emocionais e/ou financeiras, ou por medo de uma consequência maior por parte do agressor, também levando em consideração o risco de morte que recorrentemente ocorre nesses tipos de relações abusivas. Não se pode abster de ressaltar que são inegáveis os grandes avanços cognitivos e as grandes conquistas obtidas pelo segmento feminino ao longo de todos as décadas em reprimir a violência obstétrica.

A desvalorização da mulher e o equivocado poder dos machistas (por parte dos profissionais de saúde) ainda traz consigo os altos índices de violência dentro dos centros cirurgicos, como também de homicídios. A Lei do Feminicídio, para enquadrar o profissional de saúde que comete o abuso (crime), tem por maior

motivação as mulheres serem violentadas exclusivamente em razão do sexo, acompanhados de ódio e repulsa em razão do gênero, não apresentando sequer fatores sociais ou políticos.

A necessidade de trazer, além das punições contra a violência obstétrica, o Feminicídio veio tratar em específico, qualificar essa violência, como sendo homicídio doloso para mulheres, na qual tem sua prática voltada para as questões de gênero, na qual despreza a dignidade da vítima enquanto mulher que é inferior ao sexo masculino. A mulher é vista como ser inferior destes tempos remotos.

Remete que a violência cometida por um homem contra mulher, durante ou logo após sua gestação, está amparado pela grandeza do gênero, que tem que está ligado, na caracterização por razões de condições do sexo feminino, causando lesões ou agravos à sua saúde que os levem a morte. Já os Feminicídio, vêm de sistemas sociais do gênero, inerentes ao patriarcado, certa forma.

Ávila (2017) destaca ainda que as características das relações de gênero precisam ser pautadas e assim agregadas nas estratégias político-criminais, dentro das diretrizes de segurança pública, resultando: (1) a especial atenção à não prática de atos de revitimização durante as interações com a mulher; (2) a incorporação de novas estratégias de investigação criminal que não se fundamentem, exclusivamente, na palavra da vítima, diante do elevado risco de eventual não cooperação posterior da mulher com a persecução penal; e (3) a incorporação de estratégias político-criminais de monitoramento de casos de risco e de integração em rede para a prevenção da reiteração da violência.

De acordo com os estudos de Flaeschen (2020) e Ávila (2017), destacam, em comum, alguns pontos em que pode-se identificar a correlação com a violência de gênero e obstétrica, contra a mulher: - Haver relação familiar, afetiva e/ou de intimidade entre as partes; - Havia relações de poder que implicavam confiança, autoridade e subordinação; - Ocorreu violência sexual e/ou estupro; - A vítima era trabalhadora do sexo; - Houve violência pregressa e denunciada; - Foram cometidas ações, que aumentaram o sofrimento da vítima e/ou revelaram sinais de misoginia e ódio contra a vítima mulher; - O crime ocorreu no escopo de rituais de grupos, gangues ou com finalidade religiosa; - O corpo foi exibido em lugar público e/ou construção de cena humilhante moralmente para a vítima; - O crime foi precedido de sequestro; - O crime foi cometido na frente de filhos e filhas da vítima.

O crime contra a mulher, antes, durante os após o parto, evidencia verdadeiramente uma aberração aos padrões de subjugamento do gênero feminino com requinte de crueldade. Percebe-se que a Lei 13.104/15 que prega que o Femicídio é um homicídio contra a mulher por razões da condição de sexo feminino, logo, compreende uma dimensão judicial deste processo de crime que deve ter um tratamento penal específico.

A proteção contra o gênero feminino se faz necessária, pois vale salientar que a mulher deve deixar de ser alvo de submissão e das barbáries do homem, logo se deve trabalhar pela garantia de sua dignidade e seus direitos fundamentais, e não mais permitindo a discriminação observável até os dias atuais. Na concepção de Fernandes (2018), a atual Coordenadora do Núcleo de Gênero, Mestre e Doutora em Processo Penal pela PUC-SP e Especialista em Vitimologia pela *Inter University Centre* (IUC), Dubrovnik, o Femicídio está relacionado pelo gênero, ou seja, pelo simples fato de ser mulher uma vítima vulnerável. Nos dias atuais a mulher ser exposta a qualquer tipo de barbárie ou submissão necessita de proteção.

Defendendo a posição de doutrinadores, a Lei de Femicídio, vem proteger a mulher, a legislação penal recrudescer o tratamento penal concedido aos agressores. E no momento em que está previsto um tratamento mais rigoroso ao criminoso, o Estado dá visibilidade maior à violência doméstica no Brasil, que é cada vez mais preocupante, afirma Fernandes (2022).

É de suma importância, segundo Flaeschen (2020), e relevante enfatizar, que a justificativa para a inclusão desta qualificadora no crime de homicídio, quando se comete violência obstétrica, é que o Femicídio, vem aumentando nos centros cirúrgicos, e quem o pratica permanece impune. Isso porque, segundo o Ministério Público, o Brasil é o sétimo país do mundo em registro de assassinatos de mulheres.

A violência obstétrica é também um contexto ligado as raízes culturais de um passado “feudal” e escravocrata que demonstra a questão dos homens enxergam as mulheres como objetos e, por isso, acreditam que podem tratá-las da maneira que assim entenderem ser melhor, ainda mais quando se sentem rejeitados ou mesmo enciumados.

Vale ressaltar, poderão ser aplicadas à vítima do Femicídio (obviamente, desde que na modalidade tentada na violência obstétrica). Como a violência contra a mulher precisa ser combatida. Neste caso, somente a elaboração de leis nesse sentido não resolve o problema de criminalidade social. Portanto, concordam que a

definição de políticas públicas para mulheres não é mero programa de governo, é política de estado e imposição internacional. E não é concessão, assim como não é a maioria de outras conquistas tidas como benefícios. É resultado de luta de segmentos sociais organizados, que obteve apoio de vários movimentos em defesa dos direitos da mulher.

#### 4 Uma análise jurídica da ausência do estado em uma legislação específica

Ainda em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, por meio da portaria nº 1.067. Destacamos entre seus princípios que a Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.

Conforme esta portaria, a humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido. (BRASIL, 2005).

Em 2011 foi lançado pelo Governo Federal o programa Rede Cegonha, o qual consiste em garantir uma rede de cuidados materno-infantil, assegurando às mulheres.

[...] o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2005), Brasil (2006), Brasil (2008) e Brasil (2021), a violência obstétrica constitui uma grave violação à autonomia das mulheres, aos seus direitos humanos e aos seus direitos sexuais e reprodutivos. São caracterizados como atos de violência obstétrica: violência exercida com gritos; os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, e a falta de analgesia e negligência; recusa à admissão ao hospital (Lei11.634/2007); impedimento de entrada de acompanhante (Lei11.108/2005); violência psicológica (tratamento agressivo, discriminatório, grosseiro, zombeteiro, inclusive em razão de sua cor, etnia, raça, religião, estado civil, orientação sexual e número de filhos); impedimento de contato com o bebê; o impedimento ao aleitamento materno; a cesariana desnecessária e sem consentimento; realização de episiotomia de modo indiscriminado; o uso de ocitocina sem consentimento da mulher; a manobra de

Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê); a proibição de a mulher se alimentar ou desidratar e obrigar a mulher a permanecer deitada.

A fim de tipificar a violência obstétrica segundo a realidade histórico cultural brasileira, Carvalho (2015) e Lansky Et al. (2019) destacam os seguintes pontos: 1) No âmbito físico a violência obstétrica se dá por meio de ações e/ou omissões realizadas no corpo da mulher, lhe causando dor ou algum dano físico, a partir de práticas sem recomendações baseadas em evidências científicas; 2) No âmbito psicológico observa-se o conjunto de ações verbais ou comportamentais que provocam sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e respeito; 3) Nos aspectos sexuais, temos as ações impostas às vítimas que violam sua intimidade ou pudor recaindo sobre o seu senso de integridade sexual e reprodutiva. Essas ações podem ou não se dar pelo acesso aos órgãos sexuais ou partes íntimas do corpo da mulher, por ações que se expressem como controladoras da sexualidade da mulher, ou mesmo por meio do abuso de poder e confiança depositados nos profissionais que lhes prestam serviço; 4) Em caráter institucional a violência obstétrica ocorre por meio das ações práticas, rotineiramente institucionalizadas ou formas de organização que impedem, retardam ou dificultam o acesso da mulher aos seus direitos instituídos, consolidados em práticas ou serviços de natureza pública ou privada; 5) A violência obstétrica tem sido objeto de diversos estudos, os quais asseguram que esta é uma realidade vivida por muitas mulheres no Brasil, mas ainda não foi possível dimensionar precisamente o seu alcance, uma vez que, não existem mecanismos próprios para identificá-la e notificá-la.

Sem políticas de informações efetivas, que contribuam para que as vítimas se percebam como tal, o problema continua sendo invisibilizado, conforme já mencionamos. Conforme Pulhez (2013), essa invisibilidade tende a ser naturalizada pois, se são procedimentos rotineiros e próprios do saber médico, por que se deveria vê-los como violentos?

Em muitos casos, são impostos procedimentos desnecessários e sem embasamento científico que violam os direitos humanos da mulher, principalmente os sexuais e reprodutivos, expondo a parturiente ao risco de morte (SOUZA et al. 2021).

Os agentes violentos não se reduzem a cargos específicos e nem

necessariamente são profissionais da saúde, realizando a violência muitas vezes por falta de conhecimento, rotina ou para atender ao sistema.

Entende-se que a defesa dos direitos humanos e de princípios tais como dignidade, respeito, liberdade, justiça, valor da pessoa humana e igualdade de direitos, são meios de se proteger as mulheres das expressões de violência que elas vêm sendo acometidas. “A compreensão do que é bom ou ruim para as mulheres na hora do parto é uma questão de entendimento de direitos humanos, ou seja, daquilo que seria representativo de respeito, de dignidade” (PULHEZ, 2013, P. 22).

A discussão sobre o enfrentamento à violência obstétrica, segundo Melo (2019) remete à necessidade de se entender que temos vivenciado e permitido a violação dos direitos humanos das mulheres, a partir de procedimentos que vão de encontro ao preconizado para a saúde sexual e reprodutiva. Enquanto parte dos direitos fundamentais básicos à vida digna, propostos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, se inserem os Direitos sexuais e reprodutivos reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais.

De acordo com juristas e doutrinadores, um dos primeiros dispositivos é a Constituição Federal, na qual aponta a dignidade da pessoa humana, enquanto fundamento patrio. Neste contexto, vale salientar, o Art. 5º da CF que prevê a inviolabilidade da vida, trazendo garantias quanto a punição a quem expõe à tortura ou prática semelhante, nos quais devem estar inclusos o direito social a saúde e a proteção a maternidade.

Outro dispositivo garante a imputação de responsabilidade ao ato de violência obstétrica, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), trazendo responsabilidade ao agressor quanto a prestação de serviço:

Art. 14: O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos (BRASIL, 1940).

Quanto a Responsabilidade Penal, devem-se apontar alguns dispositivos que tipificam ações da violência obstétrica, destacando o homicídio, a lesão corporal, a injúria, a ameaça e o constrangimento ilegal, nos quais estão enquadrados: Lesão corporal – Art. 129; Maus-Tratos – Art. 136; Injúria – Art. 140.

Art. 129 - Lesão corporal de natureza grave – § 1º Se resulta: I – Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; II – perigo de vida; III – debilidade permanente de membro, sentido ou função; IV – aceleração de parto: Pena – reclusão, de um a cinco anos. § 2º Se resulta: I – Incapacidade permanente para o trabalho; II – enfermidade incurável; III perda ou inutilização do membro, sentido ou função; IV – deformidade permanente; V – aborto: Pena – reclusão, de dois a oito anos (BRASIL, 1940).

Art. 136 – Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: Pena – detenção, de dois meses a um ano, ou multa. § 1º – Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: Pena – reclusão, de um a quatro anos. § 2º – Se resulta a morte: Pena – reclusão, de quatro a doze anos. § 3º – Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos (BRASIL, 1940).

Art. 140 – Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro: Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa (BRASIL, 1940).

Em sua obra Boaretto (2003) enfatiza que a atenção voltada para o parto humanizado deve mobilizar toda a equipe multidisciplinar. Segundo o autor, cerca de 32,7% das mães admitidas em maternidades, com recém-nascidos antes dos seis meses de vida, recebem informações dentro deste espaço hospitalar e apenas 14,3% delas são orientadas no pré-natal.

Boaretto (2003) ainda destaca que a promoção à informações e orientações sobre os procedimentos, devem fazer parte da assistência prestada às mulheres a fim de humanizar o parto, evitando que problemas surjam com a falta de conhecimento durante o período das internações. Neste aspecto, as mulheres podem vislumbrar um parto seguro e sem intercorrências.

Desta forma a questão social, tal como a conhecemos, é constitutiva do desenvolvimento capitalista de forma que, não se suprime a primeira conservando-se o segundo, tendo em vista que ela é:

[...] expressão das desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. É em meio a essas contradições que trabalha os assistentes sociais, com as múltiplas dimensões da questão social tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais, a partir das políticas sociais e das formas de organização da sociedade civil na luta por direitos (IAMAMOTO, 2014; P. 158-160).

Conforme Iamamoto (2013), a questão social envolve toda uma arena de

lutas ideopolíticas e culturais contra as desigualdades, fruto de uma estrutura que privatiza os bens sociais. Estas lutas estão presentes, também, no âmbito das relações de gênero, étnico-raça e etnia. Nesse cenário de violação de direitos encontra-se a violência obstétrica, definida como um conjunto de práticas e situações danosas que são originadas no cuidado obstétrico profissional e que ferem a dignidade mãe-filho.

Para Kinippel (2019), o produto de uma sociabilidade que coloca os sujeitos numa disputa desigual e invisível pela garantia dos seus direitos civis e sociais, a questão social potencializa a desigualdade e a exploração, resultando na invisibilidade das necessidades dos trabalhadores e na conseqüente banalização da vida humana, por meio de múltiplas manifestações.

Na visão de Kinippel (2019), a ausência da responsabilidade criminal pela Violência Obstétrica aqui no Brasil tem sido negligenciada, afirma, estando a mesma desprovida de normativas específicas que regulamente a tipificação penal. Neste contexto, pode-se mencionar três projetos de lei no Congresso Nacional: 1) 8219/2017 (Deputado Federal Francisco Floriano); 2) 7867/2017 (Deputada Federal Jô Soares); 3) 7633/2014 (Deputado Federal Jean Wyllys).

Na Venezuela e da Argentina, a Violência Obstétrica é tratada como crime e enquadra-se, de maneira tipificada, criminalmente sendo considerada uma grave violação aos direitos humanos contra as mulheres. Na Venezuela (Lei Orgânica nº 38.668/2007), dentro dos Arts. 39 (Violência psicológica) a 40 (Assédio). Neste termos da Lei do referido país, o profissional de saúde que burle com tratamento humilhante e vexatório, delitos, isolamento, vigilância permanente, comparações destrutivas ou ameaças genéricas constantes, ameace a estabilidade emocional ou psíquica das mulheres, está sujeito a uma punição com pena de seis a dezoito meses de reclusão em regime fechado (MELO, 2019).

Para Ávila (2017), a eficácia sobre a punição a quem comete Violência Obstétrica deveria estar tipificada Código Penal, trazendo cobertura legal para a parturiente dentro do âmbito hospitalar. A autora indaga sobre o porque que Violência Obstétrica não é enquadrada dentro de Lesão corporal, nos quais diferenciam os tipos de agressão. Neste sentido, Lansky et al. (2019) afirma que acredita ser desnecessário a vítima ter que buscar vários artigos no Código Penal brasileiro para penalizar o profissional de saúde.

Na menção de um fato atual, uma Influencer diz ter ficado em choque ao ver imagens e que, antes de divulgá-las, pessoas próximas disseram que era 'mimimi'. Obstetra Renato Kalil usou palavrões, expôs partes íntimas dela para o marido e terceiros e adotou técnica violenta durante parto, narra jornalista da Revista eletrônica GloboNews e g1 (2022).

Vale salientar, neste espaço, que a violência obstétrica cometida pelos profissionais de saúde que atenderam a influenciadora digital Shantal Verdelho, menciona, em entrevista, que a cultura existe a descredibilizar a vítima. Isso reforça a força do patriarcado e do racismo, pois o grande número de violência de mulheres, em situação de parto e/ou pós parto, não chamava atenção como chama atualmente, e, dessa forma, políticas sociais e criminais devem ser criadas, visando combater tal situação.

Também foi notada a inclusão do tema em questão nos meios de comunicação e em propostas para erradicar, ou pelo menos diminuir, a violência obstétrica contra a mulher.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luta das mulheres por sua autonomia, liberdade, rompimento com a relação de dominação, preconceito e desigualdade atravessa décadas. Esse embate tem sido construído numa perspectiva emancipatória das mulheres enquanto sujeitos de direitos.

A violência obstétrica como expressão da violência de gênero, reforça o patriarcado, na medida em que, o corpo da mulher é tomado como parte do processo reprodutivo e os seus desejos, como sujeito central do parto, são desrespeitados.

Em sua face mais perversa a violência obstétrica tem contribuído para a lucratividade de carteis do setor Saúde, dado os altos índices de cesáreas praticadas com a conivência de serviços e profissionais do setor, conforme discutimos anteriormente.

O movimento de luta pela humanização do parto defende que a mulher volte a assumir o controle de seus processos reprodutivos, os quais foram apropriados pelos profissionais de saúde.

Ao longo deste trabalho, buscamos nos debruçar sobre a violência obstétrica, resgatando historicamente o processo do parir no Brasil, analisando os aspectos relacionados aos atendimentos prestados pelos profissionais de saúde.

Verificamos que a naturalização da violência tem se tornado corriqueira em espaços institucionais, públicos e/ou privados. Nos locais onde deveriam ser acolhidas e respeitadas o que se presencia é a violação do corpo e dos direitos das mulheres.

A violência é uma construção social e a violência no momento do parto é tão perpetrada e interligada na estrutura da sociedade de classes em que vivemos, que muitas mulheres nem sequer percebem sofrer abuso, maus tratos e outras agressões.

No tocante à violência obstétrica o estudo nos permitiu conhecer o quanto as mulheres sofrem historicamente uma objetivação de seus corpos, na medida em que o Estado passa a regular o parto como um procedimento cirúrgico e como a figura masculina se insere no ato de parir, substituindo as antigas parteiras, institucionalizando essa prática. A mulher torna-se sujeita à dominação do médico e ocupa um segundo plano no processo do parto e das decisões sobre seu corpo.

Aqui ressaltou-se a importância de que profissionais de saúde, juristas e doutrinadores, se apropriem deste debate no sentido de provocar reflexões em seus espaços ocupacionais, contribuindo para que as mulheres sejam cada vez mais protagonistas do direito de decidir sobre seus corpos.

Por outro lado, a categoria deve também alinhar esse debate ao que preconiza o projeto étio-político, na perspectiva de contribuir para o enfrentamento das diversas formas de violência contra a mulher e especificamente, da violência obstétrica, em última instância o que significa engajar-se na luta em prol da emancipação humana.

Sobre as ações desfavoráveis ao profissional de saúde que comete Violência Obstétrica, em alguns hospitais, as puérperas não possuem nem o direito de um acompanhante durante o parto, mesmo estando acobertada pela Lei Federal nº 11.108/2005, esse direito lhe é licerciado, sem ao menos entender houve a caracterização também de Violência Obstétrica.

A OMS afirma que o único caminho da garantia da ausência da violência obstétrica é pelo parto humanizado (parto normal), neste contexto, os profissionais da saúde, ao expôr a parturiente a qualquer tipo de agressão (psicológica e/ou sexual), favorecendo a vulnerabilidade, esse tipo de violência contra a mulher, deveria ser eficazmente punida e enquadrado na esfera criminal, contudo, mesmo profissionais desqualificados, o agressor é punido pelo âmbito cível, Código de Defesa do Consumidor e pela Constituição Federal Brasileira.

"Se você é mulher, tem grandes chances de passar por isso. Se você não é mulher, foi parido por uma, então acho que é de seu total interesse proteger essas mulheres. Eu vejo muito homens querendo tomar a liderança de proteger essa entidade que é o médico. Acho que eles têm de lembrar que ou foram paridos por uma e participaram de um parto, que pode ser suave ou pode ser como foi o meu."

Ainda há muito trabalho a ser realizado no que tange à mudança de paradigmas em relação à tipificação do crime de violência obstétrica e ao combate à violência de gênero. Cabe a urgência na implementação de políticas sociais que melhorem de verdade as condições de vida das mulheres gestantes concorrendo para uma mudança dos valores culturais hegemônicos, que têm justificado tal violência contra o gênero feminino.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. Racismo Estrutura. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019  
 BARROS, F. D. **Feminicídio e neocolpovulvoplastia: As implicações legais do conceito de mulher para os fins penais.** 2015.

ÁVILA, L. **Parto Outro Lado Invisível do Nascer; Como a violência obstétrica afeta 1 em cada 4 mulheres no Brasil.** 2017. P. 273, E-Book. Copyright 2017. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Parto-Invis%C3%ADvel-viol%C3%AANC-fkmr0>. Acesso em novembro de 2022.

ÁVILA, T. A. P. de. Violência contra a mulher: consequências da perspectiva de gênero para as políticas de segurança pública. **Revista da Faculdade de Direito – UFPR.** Curitiba, Vol. 62, N. 3, set./dez. 2017 | p. 103-132. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/direito/article/view/51841/34342>. Acesso em novembro de 2022.

BARBOZA, L. P.; MOTA, A. **Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes no Brasil.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador, v. 1, n. 5, p.119-129, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>. Acesso em novembro de 2022.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto.** Revista Latino-Am. de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, 2006.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro.** Ministério da saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: [Politica%20de%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20do%20parto%20no%20RJ.pdf](#). Acesso em novembro de 2022.

BORGES, A. M. R. **Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos.** Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1257, 10 dez. 2006. Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9228>. Acesso em maio de 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 9ª ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

BRASIL. Ministério da mulher, da família e dos Direitos humanos. **Lei Maria da Penha completa 15 anos com avanços no atendimento à mulher em situação de violência.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/agosto/lei-maria-da-penha-com-avancos-nomulher-em-situacao-de-violencia>. Acesso em novembro de 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 9ª ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

BRASIL. Ministério da mulher, da família e dos Direitos humanos. **Lei Maria da Penha completa 15 anos com avanços no atendimento à mulher em situação**

**de violência.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/agosto/lei-maria-da-penha-com-avancos-nomulher-em-situacao-de-violencia>. Acesso em novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs7\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs7_2013.html). Acesso em novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 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. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n. 2418 de 02 de dezembro de 2005.** Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante.** 2. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. **Atenção integral a saúde da mulher e da criança. Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada?** Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004. **Norma Operacional Básica NOB/SUA.** Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em novembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº. 11.108,** de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portaria MS nº 1.067 **de 04/07/2005.**

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

COELHO, J. A.; ANDRADE, A. F. D. de; ALMEIDA, B. V. de. **Violência obstétrica: a**

**agressão silenciosa nas salas de parto.** In: Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas v. 5, n. 9, jan./jun. 2020 – ISSN 2448-0738. Disponível em: [Violência%20obstétrica\\_agressão%20silenciosa%20nas%20salas%20de%20parto.pdf](#). Acesso em novembro de 2022.

CONITEC - COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília. Ministério da Saúde, 2016.

DECARLI, M. O. **Patriarcado e violência obstétrica: a vitalidade da estrutura patriarcal no ambiente do parto.** In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018. Disponível em: [Downloads/ekeys,+PATRIARCADO+E+VIOLÊNCIA+OBSTÉTRICA+A+VITALIDADE+DA+ESTRUTURA+PATRIARCAL+NO+AMBIENTE+DO+PARTO.pdf](#). Acesso em novembro de 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa: nascer no Brasil.** In caderno Saúde Pública vol.30 supl.1 Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [www.ensp.fiocruz](#). Acesso em novembro de 2022.

FLAESCHEN, H. **Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica.** In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/45463/>. Acesso em dezembro de 2022.

Globonews. **Shantal diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas.** In: Revista eletrônica g1.globo. São Paulo, 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 dezembro de 2022.

GONÇALVES, Aniandra Karol; MISSIO, Lourdes. **Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto.** In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2009, Dourados. Anais [...] Dourados: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2009. Disponível: <https://anaisonline.uems.br/index.php/enic/article/view/1163/1185>. Acesso em novembro de 2022.

GUERRA, Y.; ORTIZ, F. G.; SANTANA, J. V.; NASCIMENTO, N. S. F. **Elementos para o debate contemporâneo da “questão social”: a importância de seus fundamentos.** Revista de Políticas Públicas, vol. 11, núm. 2, julho-diciembre, 2007, pp. 237-254. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321129122012>. Acesso em novembro de 2022.

KNIPPEL, E. L. **O enquadramento da violência obstétrica como espécie de violência de gênero.** Revista de Direito e Medicina, vol. 03/2019, Jul – 09/2019.

LANSKY, et al. **Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.** 2019. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232019000802811&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232019000802811&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em novembro de 2022.

MAIA, M.B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Available from SciELO Books.

MELLO, de M. **Venezuela comemora dois anos do plano nacional de parto humanizado**. Brasil de Fato. 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/especiais/venezuela-comemora-dois-anos-do-plano-nacional-de-parto-humanizado>. Acesso em novembro de 2022.

OLIVEIRA, L. G. S. M. **Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes**. Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Brasília, 2017. Disponível em: [Violência%20obstétrica\\_Direitos%20humanos%20da%20pacientes.pdf](#). Acesso em novembro de 2022.

PEREIRA, J. S.; SILVA, J. C. de O.; BORGES, N. A.; RIBEIRO, M. de M. G.; AUAREK, L. J.; SOUZA, J. H. K. de. **Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana**. In: Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Vol.15,n.1,pp.103-108. 2016. Disponível em: [Violência%20obstétrica\\_idade%20humana.pdf](#). Acesso em novembro de 2022.

PIOVESAN, F. **A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres**. EMERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57 (Edição Especial), p. 70-89, jan.-mar. 2012. Disponível em: [http://www.emerj.tjrj.jus.br/online/edicoes/revista57/revista57\\_70.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/online/edicoes/revista57/revista57_70.pdf). Acesso em novembro de 2022.

SPM. SECRETÁRIA POLÍTICA PARA MULHERES. **Dados nacionais sobre violência contra as mulheres**. 2014.. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/>. Acesso em novembro de 2022.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. **Assistência humanizada em UTI: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde**. 2010. Disponível em: [scielosp.org/article/csc/2010.v15n2/471-480/PT](http://scielosp.org/article/csc/2010.v15n2/471-480/PT). Acesso em novembro de 2022.

SOUSA, S. J.; TONIAL, F. A. L., CASTRO, A. M.; HINCKEL, G. K. **Parto (des) humanizado: as consequências da violência obstétrica em puérperas na condição de vulnerabilidade social**. In: *Serviço Social Em Debate*, 2(2). 2021. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/5059>. Disponível em novembro de 2022.

TEIXEIRA, K. de C.; BASTOS, R. **Humanização do parto**. In: IX Congresso de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. 2009. Disponível em: [Humanização%20do%20parto.pdf](#). Acesso em novembro de 2022.

TRINDADE, A. A. **A Consolidação da Capacidade Processual dos Indivíduos na Evolução da Proteção Internacional dos Direitos Humanos: Quadro Atual e**

**Perspectivas na Passagem do Século.** 1998. Disponível em: [www.mre.gov.br/ipri](http://www.mre.gov.br/ipri). Acesso em novembro de 2022.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.** Saúde e Sociedade, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em novembro de 2022.

VALLE, D. **Modelo hospitalar no Brasil facilita a violência obstétrica por Danielle Vale.** Portal Planeta Osasco . Publicado por Redação. Agosto, 2016.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto.** In: Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2016. ISSN 2179-6890.