

FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARIA EDUARDA CALLEGARI BONOMO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL: uma lacuna normativa no direito brasileiro**

VITÓRIA

2023

MARIA EDUARDA CALLEGARI BONOMO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL: uma lacuna normativa no direito brasileiro**

Direito da Faculdade de Direito de Vitória
– FDV, como requisito parcial para a
obtenção do grau de bacharel em Direito.
Orientador: professor Doutor Nelson
Camatta Moreira.

VITÓRIA

2023

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo direcionar um estudo acerca da violência obstétrica e suas formas de manifestação como aspectos que põem em discussão os direitos fundamentais da mulher parturiente. Para tanto, será abordada a jornada pela qual se institucionalizou o parto, isto é, a saída do ambiente familiar para a instituição hospitalar e a retirada da gestante como protagonista do parto, o que foi responsável pelo aumento da vulnerabilidade e lesão aos direitos fundamentais da mulher. Desta feita, será exposta a ofensa à dignidade da pessoa humana, provocada pela violência institucional, bem como será apreciada a necessidade de maior tutela aos direitos da personalidade, vez que mostra-se como extensão para concretude do princípio da dignidade humana, além de analisar a reforma do parto a partir da concepção de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos. Ademais, o estudo será direcionado à análise dos aspectos da violência obstétrica a luz do Projeto de Lei PL 7633/2014, que estabelece diretrizes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério, bem como o tratamento legal dada ao tema por países latino americanos: Venezuela e Argentina.

Palavras-chave: Direitos fundamentais da mulher; Projeto de Lei 7633/2014; Violência obstétrica.

ABSTRACT

The present work aims to direct a study about obstetric violence and its forms of manifestation as aspects that call into question the fundamental rights of women in labor. To this end, the journey through which childbirth was institutionalized will be addressed, that is, the departure from the family environment to the hospital institution and the removal of the pregnant woman as the protagonist of the childbirth, which was responsible for the increase of vulnerability and damage to the fundamental rights of the mother. woman. This time, the offense to the dignity of the human person, caused by institutional violence, will be exposed, as well as the need for greater protection of personality rights will be appreciated, since it is shown as an extension to the concreteness of the principle of human dignity, in addition to analyzing childbirth reform from the conception of reproductive and sexual rights as human rights. In addition, the study will be directed to the analysis of aspects of obstetric violence in the light of Bill PL 7633/2014, which establishes guidelines for women's rights during pregnancy, pre-partum and puerperium, as well as the legal treatment given to the subject by Latin American countries: Venezuela and Argentina.

Keywords: Fundamental rights of women; Bill 7633/2014; Obstetric violence.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
1- A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO.....	7
1.1- ASPECTO HISTÓRICO DO PARTO: do domicílio ao hospital.....	8
1.2- VIOLÊNCIAS CONTRA A MULHER ADVINDAS DA MANEIRA COMO SE CONDUZ O PARTO.....	12
1.2.1- Caráter físico da violência obstétrica: manobra de Kristeller, cesárea eletiva e episiotomia.....	14
1.2.2- O reconhecimento do caráter sexual e psicológico da violência obstétrica.....	18
2. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER ENQUANTO DIREITOS HUMANOS.....	21
2.1- UMA OFENSA AO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA.....	21
2.2- A NECESSIDADE DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DA PERSONALIDADE...	22
2.3- A FUNDAMENTALIDADE DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS.....	28
3- A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DO PL 7633/2014 E DA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA: POSSÍVEIS RESPOSTAS.....	32
3.1- FUNDAMENTAÇÃO E TRAMITAÇÃO DA PL 7633/2014.....	32
3.2- TRATAMENTO LEGAL DADO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM OUTROS PAÍSES LATINO-AMERICANO: VENEZUELA E ARGENTINA.....	38
3.2.1- Tratamento legal na Argentina	38
3.2.2- Tratamento legal na Venezuela.....	40
4- CONCLUSÃO.....	42

INTRODUÇÃO

Historicamente, o fenômeno do parto passou por inúmeras modificações, o que significou um marco transformador para a mulher gestante à medida que esta perdeu, para o profissional da saúde, o protagonismo da prática de partejar.

A institucionalização do parto, isto é, quando foi inaugurada a presença do médico no momento do parto, houve a concessão de um “poder” aos profissionais de saúde, quando estes passaram a estabelecer critérios técnicos para a realização do ato de dar à luz, priorizando intervenções cirúrgicas, muitas vezes sem o consentimento da mulher, o que implicou na vulnerabilidade das parturientes.

A intervenção ou qualquer ato direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, executado sem o evidente consentimento da mulher ou indisponibilização de informação à mesma, desrespeitando à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências se denomina violência obstétrica. Diz respeito, aquela praticada pelo profissional de saúde contra a mulher durante a gravidez, parto, pós-parto ou atendimento ao abortamento.

A pesquisa "Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados", divulgou dados provenientes das queixas mais comuns entre gestantes que foram vítimas dessa modalidade de violência. Dentre elas, 10% se relacionam à realização de exame de toque de forma dolorosa, 10% a recusa ou não oferecimento de algum tipo de alívio para a dor, 9% gritos, 8% atendimento negado, 7% xingamentos e humilhação, em que se proferiram frases na hora do parto como: "não chora não, que ano que vem você está aqui de novo" ou "na hora de fazer não chorou", e 9% a falta de informação sobre algum procedimento (PINTO, 2017, p. 11).

Frente a vulnerabilidade técnica da mulher parturiente, meio a falta de informação baseada em evidência médica, esta se submete a uma relação de poder frente ao diálogo com o profissional da saúde e acaba se calando de qualquer questionamento no que se refere à decisão do médico, principalmente quando existe alguma diferença econômica e cultural.

O desrespeito à autonomia, intimidade, liberdade, saúde psicológica, integridade física, sentimentos, opções e preferências da mulher, podem dizer-se atos com o condão de ferir a dignidade da pessoa humana, ignorando sua individualidade e os direitos de personalidade da parturiente.

Mostra-se evidente, portanto, ser avaliada a necessidade de proteção dos direitos da personalidade da gestante, que recebem regulamentação como direitos de cunho fundamental, na defesa para a concretude do princípio da dignidade da pessoa humana. Isso porque, embora esteja presente no ordenamento jurídico mecanismos que buscam coibir e erradicar a violência contra a mulher, profissionais da saúde, através da realização de procedimentos e condutas na hora do parto, violam a autonomia corporal e psíquica da mulher, a qual deveria ser tratada como instrumento de realização da pessoa.

Para aprofundar essa discussão acerca da ausência normativa, a pesquisa, materializada nesse texto, estruturou-se da seguinte forma: no primeiro capítulo, objetiva-se analisar a perspectiva histórica do parto, o modo pelo qual o fenômeno deixou de ser realizado no domicílio da parturiente e institucionalizou-se, quando a mulher se transformou de protagonista do ato de dar à luz em um produto institucionalizado. A partir disso, são exploradas as modalidades de violência contra a mulher advindas da maneira como se conduz o parto, isto é, o caráter físico, sexual e psicológico da violência obstétrica.

Em seguida, no segundo capítulo, busca-se discutir a reforma do parto a partir da concepção de direitos reprodutivos e sexuais, aqueles que tratam da autonomia necessária para que cada pessoa decida quando e como reproduzir, como direitos humanos. Aborda-se como o desrespeito a tais direitos dialogam com uma ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana e é explorada a necessidade de proteção aos direitos da personalidade.

No terceiro capítulo, será destrinchada a proposta legislativa elaborada pelo deputado Jean Wyllys, o projeto de lei 7633/2014, que busca tratar do tema violência obstétrica, além de expor o formato do tratamento do tema por países latino-americanos: Venezuela e Argentina, bem como suas principais semelhanças.

Para a realização do trabalho, adotou-se como forma de organização da pesquisa, o método dedutivo, porque assim como exposto por Mezzaroba e Monteiro (2014), esse método parte de uma análise geral, uma premissa maior e mais genérica, para uma menor e mais particular, a partir do estabelecimento de premissas verdadeiras.

Mostra-se adequado uma vez que, a lacuna legislativa no direito brasileiro pode estar dificultando a tutela aos direitos fundamentais da gestante e a erradicação da violência contra a mulher, que sofre violência obstétrica de forma recorrente, tendo sua dignidade, seus direitos da personalidade, sexuais e reprodutivos violados. Desta feita, será feito um levantamento bibliográfico, de legislação estrangeira e discussão doutrinária acerca dos temas: “institucionalização do parto”, “violência obstétrica”, “direitos fundamentais da mulher parturiente”, “dignidade da pessoa humana”, “direitos reprodutivos e sexuais” e “PL 7633/2014”.

Apesar do arcabouço normativo tutelar direitos reprodutivos e sexuais e a maternidade segura, além de todas as formas de violência contra a mulher, não há no ordenamento brasileiro legislação específica que trata da violência obstétrica, apenas projetos de lei. Deste modo, visto o atual cenário violento às mulheres parturientes e a ausência de previsão normativa federal, o estudo será direcionado a analisar a violência obstétrica à luz do projeto de lei PL 7633/2014 e como o tema é tratado nos países latino-americanos: Venezuela e Argentina, os quais reconhecem a violência obstétrica como um ato criminoso e recorrente e que merece ser combatida no domínio hospitalar, tendo como principal objetivo a conscientização dos profissionais da saúde e da própria sociedade.

1- A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

O presente capítulo conduzirá um estudo acerca da busca pelo aspecto histórico do parto, bem como a respeito do modo pelo qual a mulher passou de protagonista de tal fenômeno para um produto institucionalizado.

Além disso, faz-se necessário ser aqui expostos os entendimentos quanto ao conceito dessa modalidade de violência contra a mulher, advinda da maneira pela qual se conduz o parto, além de suas possíveis formas de manifestação.

1.1- ASPECTO HISTÓRICO DO PARTO: do domicílio ao hospital

No transcorrer dos tempos, o parto e a assistência ao parto sofreram várias modificações que alteraram o olhar desse evento, o que significou um marco transformador para a mulher.

O trabalho de parto, diz respeito a um processo dinâmico do corpo da mulher, em que compreende o período desde o início das contrações uterinas regulares, associadas ao apagamento e à dilatação cervical, até a expulsão do concepto e da placenta (FREITAS, 2017, p. 442).

Trata-se de um fenômeno biológico, onde o corpo da mulher se encontra planejado para a reprodução da espécie, mas que apesar disso, tradicionalmente os métodos e costumes que abarcam o parto têm se modificado no tempo e nas diversas culturas (MALDONADO, 2002; MOTT, 2002, p. 399-401).

Nas primeiras civilizações, apenas trilhando a partir de seus instintos, as mulheres se isolavam na hora do parto, normalmente sem assistência ou cuidado. O processo de agregação de conhecimento sobre tal fenômeno, foi inaugurado no momento em que se originou de fato a assistência ao parto, quando as próprias mulheres passaram a auxiliar umas às outras (HANAMI, 2006, p. 135-137).

Até o século XVII, a presença do médico no momento do parto só poderia ser solicitada em situações de complicações extremas (MALDONADO, 2002). Nesta época o parto era realizado à domicílio, na presença de uma parteira experiente, que detinha um saber empírico, conhecida como "aparadeira", "comadre" ou ainda parteira leiga, de inteira confiança do mulherio (BRENES, 1991, p. 135-149).

De acordo com Beatriz Nogueira (2015), a performance exclusiva das parteiras se dava em razão principalmente de questões morais, pois aos homens não se permitia estarem presentes no momento do parto, visto que as parturientes não podiam expor seus órgãos genitais.

Como mencionado, a presença do médico no momento de dar a luz só poderia ser solicitada em casos de complicações extremas. Maria Lúcia Mott (2002), ressalta que o parto realizado fora do domicílio era uma situação fora do comum, conhecida como espantosa, procurada apenas em casos de grandes problemas ou, pelos “desclassificados socialmente”: mulheres pobres, indígenas, prostitutas e mães solo.

Foi a partir do ano de 1820, que surgiram as chamadas “casa de maternidade”, fruto de uma grande repercussão do fato de que muitas parteiras começaram a receber em seus próprios domicílios, as parturientes. No Brasil, destacam-se as maternidades de Madame Marguerite e Madame Jeanne Grangent, localizadas na cidade do Rio de Janeiro (BARBOSA, G. M.; PIMENTA, T. S., 2016, p. 485-510). Ocorre que, em 1832, as parteiras foram consideradas pela medicina, incapacitadas profissionalmente para a realização do processo, e tiveram que suspender o funcionamento das referidas casas de maternidade, por força de lei. (MOTT, 2002, p. 399-401).

A medicina no Brasil foi institucionalizada durante o século XIX (BARBOSA, G. M.; PIMENTA, T. S., 2016, p. 485-510). Enquanto instituição, incorporou a prática de realização do parto como uma das suas atribuições, intitulando-a “Arte Obstétrica” e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados (BRENES, 1991, p. 135-149). Isso significou, que para parteiras pudessem continuar a partejar, seria necessário sua subordinação à autoridade médica acadêmica, ou seja, diante da institucionalização, foi criado um curso preparatório para que lhes fossem ensinadas o ofício a partir de pressupostos da medicina acadêmica, sendo este um requisito para o exercício do ato de partejar.

As práticas do parto por muito tempo foram tituladas como problemáticas e dramáticas. Assim, o parto era visto como a principal causa de mortalidade das mulheres, e o primeiro e principal fator de sua fraca esperança de vida. Por este fator, ocorreu sua medicalização, passando deste modo, pelo processo de masculinização e hospitalização (PERROT, 2007, p. 190).

A mudança da concepção da prática de partejar, desenrolou-se no momento em que foi criado o instrumento, denominado fórceps, para extrair as crianças em casos de

partos complicados, os quais poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal (MALDONADO, 2002).

Ressalta-se que o fórceps embora considerado um importante achado para resolução de partos demorados, este era responsável por causar sofrimentos para a mulher e poderia mutilar a criança. A utilização do instrumento por inexperientes poderia gerar uma série de acidentes danosos. (MARTINS, 2004, p. 63-106).

Assim, as parteiras foram perdendo lugar e abrindo espaço para a figura do cirurgião na assistência ao parto (MALDONADO, 2002) e as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição.

Segundo Beatriz Nogueira (2015), o surgimento do fenômeno conhecido como “industrialização do parto”, que diz respeito àquele que deve se concretizar por meio de um procedimento cirúrgico, ou seja, não fisiológico, teve como base crucial a invenção de técnicas de anestesia e a entrada do médico obstetra na cena do parto. No parto industrializado a mãe é considerada apenas um “paciente”.

Ocorre que, as estruturas e hábitos dos hospitais não foram planejados para assistir parturientes, e sim para atender às necessidades dos profissionais de saúde, o que desencadeou o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento (DINIZ, 2001, p. 313-326; OMS, 1996, p. 1-6).

A implantação do novo modelo assistencial, qual seja, a inserção da prática obstétrica na medicina, significou a alteração do protagonismo da cena do parto. Isso pois, a medida em que o parto deixa de ser uma prática natural, compartilhado apenas pela mãe da parturiente e a parteira leiga para tornar-se um acontecimento no ambiente da clínica hospitalar, fez com que o profissional da saúde passasse a ser considerado o verdadeiro protagonista, uma vez que este seria o detentor das informações técnicas supostamente essenciais para esse momento.

Foi nesse contexto da predominância do parto hospitalar e, conseqüente perda da autonomia da parturiente que o ato de dar a luz foi se tornando ainda mais desconhecido e amedrontador para as mulheres.

Importante abordar, que ao longo do tempo, o ato de “dar a vida”, o qual passou a ser atraído pelo poder soberano, sendo representado pela aliança entre o patriarcado e o saber (MALDONADO, 2002; MOTT, 2002, p. 399-401), resultou na “coisificação da mulher”.

Como explica Kappaum e Costa, o controle do soberano representado pelo saber patriarcal, sobre todas as decisões relativas ao ato de parir, transformou o parto em um típico momento de exceção, ou seja, era o homem quem decidia se a mulher engravidaria ou não, a quantidade de filhos que teria, de que forma aconteceria o parto e assim por diante (KAPPAUM, 2020 ;COSTA, 2020, p. 71-86).

Nesse sentido explicita o historiador Thomas Laqueur (1992), no século XVIII se emanou a ideia da diferença sexual, diminuindo a força do paradigma da igualdade entre os sexos, o que conspirou um argumento de inferioridade biológica do sexo feminino.

Todavia, a noção de diferença percorreu uma duplicidade de caminho. Isso porque, constatar a mulher, cujo lugar era o da diferença, à maternidade, o conhecimento científico opera um duplo movimento, qual seja: valorizar a maternidade como algo sagrado, puro e exclusivamente afetivo, deste modo, não racional, e além disso, a restrição da mulher ao espaço doméstico, local onde deveria ser cultivado os valores da família, a formação educacional das crianças, retirando-a, com isso, da vida pública.

Assim, Thomas Laqueur (1992) reforça o lugar da força física, da racionalidade/intelectualidade, do público para o masculino e, a afetividade, maternidade, domesticidade para o feminino. Nesse viéz, a feminilidade poderia ser medida pelo tamanho da pelve, ligando a mulher a suas funções reprodutoras enquanto a masculinidade relacionada ao tamanho do crânio, ressaltando suas “naturais” aptidões racionais.

Desta feita, o “poder” dos profissionais e a institucionalização do parto, implicou na vulnerabilidade das parturientes, à medida em que passaram a estabelecer critérios, dando prioridade às intervenções cirúrgicas para a realização do ato de dar à luz, as quais podem ser inclusive mais danosas às mulheres.

Em decorrência da referida subordinação, com o avanço da medicina obstétrica, situações de violência contra a mulher, em que ferem diretamente a autonomia sobre si mesma, reproduzidas por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo feminino, passam a surgir. Eis que, como exposto por Aneline Kappaun e Marli Marlene Moraes da Costa (KAPPAUM, 2020; COSTA, 2020, p. 71):

“A própria sala de parto é um espaço simbólico capaz de demonstrar tal situação, afinal, o trabalho de parto é uma espécie de aprisionamento com subordinação, no qual, quem estabelece as regras é o soberano/médico, que através de seu “saber-poder”, toma as decisões acerca dos procedimentos e da forma como serão realizados.”

Desta feita, constata-se que a intensa medicalização acarretou o aumento no número de intervenções, que muitas vezes não possuem sua necessidade e segurança fundamentadas cientificamente (CORDEIRO, 2016, p. 280-317). Assim sendo, a ideia de que é o médico quem “faz o parto” tornou cada vez mais banal os casos da chamada violência obstétrica.

Realizadas as considerações, o próximo tópico, busca analisar o que se compreende sob a expressão “ violência obstétrica” e em seguida, explorar suas respectivas formas de manifestações.

1.2- VIOLÊNCIAS CONTRA A MULHER ADVINDAS DA MANEIRA COMO SE CONDUZ O PARTO

A Organização Mundial da Saúde define como violência, o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Tal definição associa a intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido. Deste modo, os incidentes não intencionais não estão incluídos (OPAS.ORG.BR., 2002, p. 5).

Dentre as diversas ocorrências de violência contra a mulher, encontra-se a chamada violência obstétrica, sendo aquela praticada pelo profissional de saúde contra a

mulher durante a gravidez, parto, pós-parto ou atendimento ao abortamento (DEFENSORIA, 2013, p. 265).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014, p. 2):

“No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança. Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições após o parto, por incapacidade de pagamento”.

Além disso, pode ser caracterizada pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de tratamentos desumanizados, de abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres (DINIZ, 2015, p. 1-8).

Ademais, conforme o estudo realizado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres (2012, p. 60), a violência obstétrica também conhecida como violência institucional na atenção obstétrica, designa-se:

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

Em outras palavras, tal modalidade de violência contra a mulher, se define como qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, executado sem o evidente consentimento da mulher ou indisponibilização de informação à mesma, desrespeitando à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Dá-se que não é raro a parturiente, diante de sua vulnerabilidade técnica, diante da falta de informação baseada em evidência médica, acaba se submetendo a uma relação de poder frente ao diálogo com seu médico e acaba se calando de qualquer questionamento no que se refere à decisão do profissional da saúde, principalmente quando existe alguma diferença econômica e cultural.

Frente ao exposto, importante salientar, que há diversas modalidades ou atos característicos de violência no contexto da obstetrícia (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60). Entretanto, o contexto do presente trabalho não permite que todas as formas de violência obstétrica sejam especificadas, por isso, ficará limitado ao estudo de algumas práticas de caráter físico (manobra de Kristeller, cesárea eletiva e episiotomia), sexual e psicológico.

1.2.1- Caráter físico da violência obstétrica: manobra de Kristeller, cesárea eletiva e episiotomia

A violência física no contexto da violência obstétrica, se consubstancia em atos que interferem na integridade física da mulher sem qualquer embasamento e justificativa científica, de modo a lhe causar dor e muitas vezes danos irreparáveis, é o caso da Manobra de Kristeller e da cesárea eletiva. (ANDRADE, 2021, p. 110/231). A mencionada manobra de Kristeller, consiste na aplicação de força na parte superior do útero em direção ao canal de parto, para encurtar o trabalho de parto. Vanessa Carvalho (2017) no entanto chama atenção, ressaltando que a manobra de Kristeller não encurta o período de expulsão (segundo período do trabalho de parto) e sim eleva as taxas de episiotomia e lacerações perineais severas.

De acordo com Parecer Técnico COREN/SC N° 001/2016, a referida prática é considerada danosa à saúde da parturiente e ineficaz. Ainda, a sua utilização constata que, no período expulsivo, em cerca de metade dos partos, são

expressivas as interferências na evolução dos mesmos, os quais deveriam prosseguir com o mínimo de intervenções possíveis. Ademais, a prática dessa manobra de aceleração do parto por profissionais de saúde é contraditória ao posicionamento do Ministério da Saúde brasileiro e à Organização Mundial de Saúde, visto não encorajarem esse tipo de procedimento (COREN, 2016, p. 1; ZANARDO, 2017, p. 2).

Como é possível verificar, a partir de resultados obtidos por Gosch, Pereira e Mundoco (2020, p. 10-20), embora seja proibida a sua realização, por órgãos competentes, como Ministério da Saúde, e não indicado pela FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), a manobra é frequentemente realizada por médicos obstetras, refletindo por exemplo, um percentual de 24% das parturientes submetidas a essa manobra em uma maternidade do Tocantins.

O Dossiê "Parirás com dor" (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 103), conclui que a prática da manobra de Kristler vai contra os ideais que sugere adequados a serem adotados no momento do parto, quais sejam:

“A mulher deveria ser incentivada a adotar posições diferentes durante o trabalho de parto e fase final do parto, de modo a sentir-se mais confortável e a facilitar o nascimento. Posições verticalizadas, por exemplo, favorecem a descida do bebê, por contarem com a ajuda da gravidade. Assim, seria mais racional, mais ético e mais respeitoso permitir que a mulher se posicione de modo mais confortável para ela, em vez de realizar procedimentos comprovadamente prejudiciais à saúde da mulher e da criança”.

Ainda em relação à violência física, tem-se o processo de cesárea eletiva. Quanto a este, como explica Pedro Pinheiro (2022), trata-se de uma forma de parto feita por meio de cirurgia que consiste em um corte no abdômen e outro no útero, que abrem um espaço pelo qual o médico puxa o bebê e, em regra, é indicada quando existe dificuldade, impossibilidade ou grande risco de vida para a mãe ou para o feto de realizar o parto por via vaginal.

Ainda face a indicação, este tipo de parto é recomendado em casos de:

“[...] desproporção fetopélvica; discinesias; placenta prévia; pré-eclâmpsia grave; distocias de partes mole; formas graves de diabete; antecedentes de operações ginecológicas; sofrimento fetal; prolapso; procúbitos e procedências do cordão umbilical; câncer genital; herpes; primíparas idosas e, para alguns casos de cesariana anterior” (MALDONADO, 2002, p. 78).

Há uma publicização do temor à dor de parto e no parto, intitulada como desgastante e até aterrorizante, a qual é responsável por tornar a mulher muito mais vulnerável a aceitar de forma inquestionável a cesárea como opção quase que exclusiva para o parto, em que além da equipe médica, existe a pressão exercida pelas mulheres e familiares para a realização da cesariana na consecução do parto (PÁDUA, 2010, p. 71-76).

A Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI da Violência Contra as Mulheres" (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 110), alerta que o Brasil lidera o ranking mundial de cesárias ao passo que, Organização Mundial da Saúde, que estabelece que até 15% de todos os partos podem ser realizados por procedimento operatório (cesárea), deste modo propoe a redução dessas taxas para que o país se adeque às recomendações acima estabelecidas (OMS, 2015, p. 1).

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 20-50), revelam que as mulheres submetidas à cesariana têm 3,5 vezes mais probabilidade de morrer e cinco vezes mais chances de ter infecção no aparelho genital depois do parto. Além disso, a prática de agendamento do parto aumenta o risco de nascerem bebês prematuros.

Vê-se que cesárea do ponto de vista médico, uma cesárea deveria ser realizada somente quando ela for realmente necessária, haja vista que pode provocar complicações significativas e até permanentes, bem como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias.

A justificativa para o grande índice de realização de tal procedimento, pode ser analisada pela lógica de mercantilização da saúde, visto mostrar-se como uma questão de conveniência para os hospitais e planos de saúde.

Isso porque, o lapso temporal para a realização de uma cesariana é de minutos, com procedimentos relativamente simples, enquanto um único trabalho de parto fisiológico pode ocupar uma sala de parto por todo um período de plantão, além de exigir dedicação quase que exclusiva do médico. Assim, muitos profissionais interferem, ainda que indiretamente, na vontade da parturiente e deste modo se tornam os grandes protagonistas do parto, deixando todo o processo ainda mais desumanizado (FAUNDES, 1991, p. 150-173).

Fato é que, são comuns os relatos de mulheres que utilizam o setor de saúde privada e que pretendiam ter um parto normal, chegarem ao final da gestação e ouvirem dos seus médicos que estes não poderiam prestar assistência ao parto normal ou não poderiam aguardar o início do trabalho de parto (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.149), ou seja, embasam suas justificativas na insuficiência de vagas hospitalares.

Há também, no âmbito da violência física um procedimento cirúrgico, inclusive um dos mais utilizados na obstetrícia (AMORIM, 2008, p. 47-54), recomendado para auxiliar os médicos em partos difíceis, denominado episiotomia. Este procedimento, consiste na incisão do períneo, grupo de músculos que vai da vagina ao ânus, como forma de ampliar o canal de parto e acelerar a saída do bebê.

A principal justificativa de seu uso, trata-se da prevenção do trauma perineal, danos no assoalho pélvico (estrutura formada por 13 músculos, fâscias e ligamentos que formam uma rede de sustentação e está localizado entre o osso púbis e o cóccix), incontinência urinária, disfunção sexual e prevenção da morbidade e mortalidade infantil (CENTRAL DA FISIOTERAPIA, 2017, p. 1). Vê-se que esse pressuposto foi aceito como uma verdade absoluta e somado à crença de que realização desse procedimento diminuía o período expulsivo do bebê, o que permitia aos médicos atender uma grande demanda de partos hospitalares.

O Dossiê "Parirás com Dor", explica que a episiotomia afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda tem ligações importantes com o clitoris (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80).

Verifica-se que após uma lesão muscular causada por sua prática, há risco de ocorrer uma regeneração tecidual, caso em que, a função da musculatura do assoalho pélvico pode ficar prejudicada (ZANETTI, 2009, p. 367-371).

Ademais, as evidências explicitam que o uso rotineiro do procedimento não reduz o risco de trauma perineal severo (lacerações de 3º e 4º graus), não previne lesões no pólo cefálico fetal e nem melhora os escores de Apgar. Além disso, como aponta Guillermo Carrolini (2006), promove maior perda sangüínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto.

O manual de assistência ao parto, publicado pela a OMS, em 1996, aconselha a realização de episiotomia somente em situações como sofrimento fetal, progresso insuficiente do parto e lesão iminente de 3º grau do períneo, isto é, lesão trauma no esfíncter anal. No entretanto essas situações não foram bem definidas (CARVALHO, SOUZA, MORAES FILHO, 2010, p. 265-270).

A OMS ainda restringiu o uso da técnica para que as taxas não ultrapassem os 10%, das parturientes, ocorre que no país essa cirurgia é realizada em aproximadamente 53,2% dos partos vaginais, de acordo com a pesquisa "Nascer no Brasil" (2014).

Diante do exposto, até o presente momento, contempla-se que, os procedimentos abordados são muitas vezes realizados a partir de um interesse ou opinião pessoal dos profissionais de saúde, que reproduzem tais práticas ainda que possuam evidências científicas que denotam os prejuízos provocados pelas mesmas à saúde da mulher e da criança. Em que, além de aumentarem a dor e o sofrimento da parturiente, impedem que ocorra a evolução fisiológica do parto, com as dimensões psicológicas e espirituais deste momento e desrespeitam as percepções das mulheres sobre o processo e seu próprio corpo.

1.2.2 O reconhecimento do caráter sexual e psicológico da violência obstétrica

Além da violência física, a violência no contexto da obstetrícia pode ocorrer na modalidade sexual e psicológica.

A primeira trata-se das ações impostas que violem a intimidade da mulher ou sentimento de pudor, expondo sua integridade sexual e reprodutiva. Neste caso, pode haver o acesso, pelo agente violentador, a seus órgãos sexuais e partes íntimas.

Em 2008, um estudo realizado explicitou frequentes relatos de parturientes que passaram pelo procedimento do parto sem qualquer respeito e cuidado com sua privacidade (WOLFF, 2008, p. 66):

“[...] Quando a gente chega aqui, se a gente vem deitada, com aquela dor horrível para ganhar, com dilatação, eles simplesmente botam um pano na gente e colocam as luvas e fazem exame de toque, mas depois não, na sala [pré-parto] onde ficam umas quantas [mulheres], eles simplesmente tiram o lençol de cima da gente e fazem o exame de toque, é desagradável porque não passa uma, duas pessoas ali, fica todo mundo olhando, a gente se sente mal, não tem como a gente se sentir bem, a gente está descoberta e eles fazendo exame de toque, todo mundo passando e vendo, então é desagradável [...] tem uma cortina que dá para colocar, porque é horrível estar ali fazendo exame de toque e todo mundo olhando... é um só que faz o toque, mas fica uns quantos em volta [...]”.

Um segundo estudo, realizou entrevistas em que todas as mulheres relataram possuir lembranças dolorosas e desconfortáveis sobre o toque vaginal (PEREIRA, 2004, p. 398):

“[...] eu só não gostei de uma coisa [...] a única coisa que eu fiquei magoada foi com a médica que me internou, sabe aquele pessoal lá que atende na triagem e que colhe um líquido da gente [...] sei que ficaram tudo com nojo de mim, de cheirar assim mal [...] ficaram rindo uns pros outros [...] Eu com aquela dor, me segurando, e todos rindo, sabe? E eu com dor... aí eu comecei a chorar, porque eles me trataram mal [...] eles estavam me machucando de tanto mexer em mim, e eu lá naquela posição [...], esperando [...] esperando e rezando para terminar logo pra eu poder sair daquela posição. E eles demoraram [...], uma colheu o líquido e estava falando para os outros “vê se está com problema, que eu não vou ver”. Aí os outros falaram ‘não, não, não’, todos com nojo de mim [...]”.

O relato acima exposto, também demonstra a violência obstétrica em sua modalidade psicológica. Trata-se dos casos em que a mulher é sujeita a ações ou

comportamentos que tragam sentimentos de humilhação e abandono, deixando transparente sua total vulnerabilidade diante dos que lhe prestam assistência (ANDRADE, 2021, p. 110/231).

A pesquisa "Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados", divulgaram dados, decorrente das queixas mais comuns de gestantes que foram vítimas dessa modalidade de violência. Dentre elas, 10% se relacionam à realização de exame de toque de forma dolorosa, 10% a recusa ou não oferecimento de algum tipo de alívio para a dor, 9% gritos, 8% atendimento negado, 7% xingamentos e humilhação, em que se proferiram frases na hora do parto como: "não chora não, que ano que vem você está aqui de novo" ou "na hora de fazer não chorou", e 9% a falta de informação sobre algum procedimento (PINTO, 2017, p. 11).

Quanto à falta de informação, segue o relato o qual denota tal situação, de uma das entrevistadas, em um estudo realizado por Pereira, em 2004 (PEREIRA, 2004, p. 393):

“[...] Dos médicos, é difícil saber qualquer coisa deles, parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber, a gente quer conversar, saber direito as coisas, que é que a gente tem, os exames que fez ou que vai fazer, mas mesmo perguntando eles não respondem, estão sempre com muita pressa [...].”

Sem a pretensão de esgotar o tema, pode ser dito que a violência obstétrica é todo ato, omissivo ou comissivo, perpetrado pela equipe de assistência de saúde da mulher, durante todo o seu ciclo gravídico-puerperal, que a trata como mero objeto sobre o qual incide a sua conduta tecnocrática, apropriando-se de seu corpo por meio de excesso de medicalização, patologização de seus processos fisiológicos naturais e tratamento desumanizado, ocasionando-lhe a perda de autonomia e da capacidade de decidir sobre todos os processos que incidirão sobre seu corpo.

Posto isso, considerando que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, é possível notar o grande impacto à saúde feminina, física e emocional, que as práticas de assistência obstétrica brasileiras vêm causando. Deste modo, se mostra evidente que a violência obstétrica possui o condão de ferir a

dignidade da pessoa humana, ignorando a personalidade e os direitos de personalidade da vítima.

Assim sendo, serão analisados em maiores detalhes, em seguida, os direitos sexuais e reprodutivos da mulher enquanto direitos humanos.

2. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER ENQUANTO DIREITOS HUMANOS

No capítulo anterior, ficou assentada a ampla capacidade da violência obstétrica, de ofensa à integridade física, psíquica, moral e social da mulher. De modo geral, pode-se se dizer que trata-se de ato que ofende a dignidade da pessoa humana, princípio fundante da República Federativa do Brasil, previsto no artigo 1º, III da Constituição.

Além disso, faz-se necessária, neste contexto, a apreciação da necessidade de proteção aos direitos da personalidade, vez que mostra-se como extensão para concretude do princípio da dignidade humana, bem como analisar a reforma do parto a partir da concepção de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos.

2.1- UMA OFENSA AO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA

O princípio da dignidade humana, inserido no texto constitucional de 1988, em seu artigo 1º, III da Constituição, foi considerado um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, de modo que todo o ordenamento jurídico está orientado por ele.

Cabe considerar, que a Carta de 1988, alargou de forma significativa o campo dos direitos e garantias fundamentais, fazendo-se claro que são um elemento básico para a realização do princípio democrático, tendo em vista que exercem função democratizadora. Como fundamento que alicerça o Estado Democrático de Direito, destaca-se a dignidade da Pessoa Humana (PIOVESAN, 2013).

A respeito de tal princípio, Flávia Piovesan discorre:

É no valor da dignidade humana que a ordem jurídica encontra seu próprio sentido, sendo seu ponto de partida e seu ponto de chegada, na tarefa de interpretação normativa. Consagra-se, assim, a dignidade humana como verdadeiro superprincípio a orientar o Direito Internacional e Interno (PIOVESAN, 2013, p. 263).

O valor da dignidade humana impõe-se como núcleo básico e informador de todo o ordenamento jurídico, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão de todo o sistema constitucional.

A constituição confere uma unidade de sentido, de valor e concordância prática ao sistema dos direitos fundamentais. E ela repousa na dignidade da pessoa humana, ou seja, na concepção que faz a pessoa fundamento e fim da sociedade e do Estado (MIRANDA, 2000, p. 1-23).

Deste modo, o valor da dignidade da pessoa humana impõe-se como núcleo básico e informador de todo o ordenamento jurídico, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional.

A doutrina jurídica atual se expressa através da concepção kantiana sobre a dignidade humana. Deste modo é importante trazer à baila tal entendimento. Intenta-se a reaproximação da ética e do direito, e, nesse esforço, surge a força normativa dos princípios, especialmente do princípio da dignidade humana, com ideias de moralidade, dignidade, direito cosmopolita e paz perpétua.

Flávia Piovesan (2013) aponta que a dignidade humana para Kant, está interligada com as ideias de racionalidade e autonomia explicadas por São Tomás de Aquino. Segundo o filósofo, “o homem existe como fim em si mesmo, e não apenas como meio, para o uso arbitrário desta ou daquela vontade”. As pessoas são dotadas de dignidade, na medida em que têm um valor intrínseco. Desse modo, ressalta Kant, deve-se tratar a humanidade, na pessoa de cada ser, sempre como um fim em si mesmo, sendo a autonomia a base da dignidade humana e de qualquer criatura racional.

Assim narra Immanuel Kant:

No reino dos fins tudo tem um preço, uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então ela tem dignidade [...] Esta apreciação dá pois a conhecer como dignidade o valor de uma tal disposição de espírito e põe-na infinitamente acima de todo o preço. Nunca ela poderia ser posta em cálculo ou confronto com qualquer coisa que tivesse um preço, sem de qualquer modo ferir a sua santidade (KANT, 1980, p. 68-69, apud SARLET, 2012, p. 41).

A dignidade humana simboliza, deste modo, verdadeiro superprincípio constitucional, a norma maior a orientar o constitucionalismo contemporâneo, nas esferas global e local, dotando-lhe de especial racionalidade, unidade e sentido.

Em conexão ao princípio acima retratado, há de ser feita a leitura acerca da necessidade de proteção dos direitos da personalidade, o que será tratado no tópico seguinte.

2.2- A NECESSIDADE DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DA PERSONALIDADE

Os direitos da personalidade podem ser definidos como o conjunto aberto e permanentemente mutável de atributos essenciais que integram a dignidade humana. Este grupo de direitos, no que lhe toca, deve ser protegido tanto nas relações da pessoa com o Estado, quanto nas relações das pessoas entre si, ou seja, nas relações privadas (SCHREIBER, 2013, p. 241).

Denominam-se da personalidade, aqueles direitos reconhecidos à pessoa humana tomada em si mesma e em suas projeções na sociedade, previstos no ordenamento jurídico exatamente para a defesa de valores inatos ao homem, como a vida, a higidez física, a intimidade, o segredo, o respeito, a honra, a intelectualidade e outros tantos (BITTAR, 2015, p. 27).

Como assinala Bittar (2015), constituem direitos cuja ausência torna a personalidade uma susceptibilidade completamente irrealizável, sem valor concreto: todos os outros direitos subjetivos perderiam o interesse para o indivíduo, e a pessoa não existiria como tal. Isso pois, são direitos “essenciais”, que formam a “medula” da personalidade. Configuram-se como direitos subjetivos, com finalidade específica em relação à personalidade, onde constitui o *minimum* necessário e imprescindível ao seu conteúdo.

Deste modo, pelo fato de possuírem como objeto os bens mais imprescindíveis da pessoa humana, esses direitos são dotados de características específicas, e, a fim de proteger de forma eficaz a pessoa humana são tutelados no ordenamento jurídico em diferentes campos: constitucional, penal e civil, desfrutando, assim, de estatutos diversos.

Cerceando este trabalho ao âmbito constitucional, pode ser dito que os direitos da personalidade disciplinados como liberdades públicas, recebem regulamentação como direitos de cunho fundamental no Estado, fruindo de garantias específicas, previstas no contexto da Carta Magna, na defesa da dignidade da pessoa diante dos poderes públicos.

Importa dizer neste ponto, a respeito dos direitos psíquicos da personalidade. Dentro de tal conjunto faz-se imperioso abordar para trabalhar o presente tema (violência obstétrica) o direito à liberdade, à intimidade, e à integridade psíquica.

No que tange ao direito à liberdade, neste o bem jurídico protegido é a faculdade de fazer, ou deixar de fazer, aquilo que à ordem jurídica se compatibilize, e isto define a liberdade. É a prerrogativa que tem a pessoa de desenvolver, sem obstáculos, suas atividades no mundo social das relações. O ordenamento jurídico lhe concede, para isto, a necessária proteção, nos pontos considerados essenciais à personalidade humana, como a locomoção, o pensamento e sua expressão, o culto, a comunicação em geral e outros, inclusive em nível internacional, nas Declarações Internacionais de Direitos Humanos (BITTAR, 2015, p. 167).

Sobre o direito à intimidade, este se destina a resguardar a privacidade em seus múltiplos aspectos: pessoal, familiar e negocial. O ponto nodal desse direito encontra-se na exigência de resguardo ínsita no psiquismo humano, que leva a pessoa a não desejar que certos aspectos de sua personalidade e de sua vida cheguem ao conhecimento de terceiros (BITTAR, 2015, p. 172).

Por fim, a integridade psíquica compreende-se pelo zelo quanto à higidez psíquica da pessoa, em outras palavras, se destina a preservar o conjunto psicoafetivo e pensante da estrutura humana. Este direito, protege os elementos integrantes do aspecto interior da pessoa, em destaque a sensibilidade inerente à pessoa, além da

defesa integral da personalidade humana, com direito ao corpo, sempre em função do princípio da dignidade do ser.

É imposto o respeito de não afetar a estrutura psíquica de outrem, seja por ações diretas, seja indiretas, seja no ritmo comum da vida, seja em tratamentos naturais, ou experimentais, ou, ainda, repressivos, a fim de resguardar os componentes identificadores da estrutura interna da pessoa e norteadores de sua própria ação (elementos de sua mente) (BITTAR, 2015, p.165).

Desta feita, o direito à integridade psíquica inibe a qualquer meio externo, humano ou técnico com possibilidade de alterar a mente de outrem ou a inibir a sua vontade. Tal fato com o propósito de deixar explícito qualquer afetação à vontade do agente, isso para o resguardo à personalidade própria, mantendo-se intactos os elementos psíquicos do ser. Inclusive, recomenda a contínua implementação de instrumentos sanitários estatais para a preservação da higidez mental do povo, como a proteção à saúde, ao silêncio e ao sossego (BITTAR, 2015, p. 165).

Neste ponto, no que diz respeito à proteção à liberdade, intimidade e integridade psíquica, trazendo a tona o tema tratado no presente trabalho, a violência obstétrica, tem-se que, o período da gestação da mulher parturiente, é um momento em que a mesma se depara com inúmeras situações e emoções, vividas de forma subjetiva, cada uma com sua própria construção de personalidade. Algumas mulheres passam por uma gravidez sem planejamento, todavia aceitam e seguem com entusiasmo pela espera da criança. Mas, existe aquela que vem sem planejamento e que não há aceitação do fato por parte da parturiente. Em contrapartida, também se tem a gravidez planejada e tão esperada. Há ainda, mulheres que engravidam por meio de técnicas de reprodução humana assistida e aguardam ansiosamente a chegada da criança.

Nota-se que são inúmeras possibilidades de uma gravidez vir à tona, onde cada mulher em particular irá encarar e lidar com a situação de forma diversa, onde implementa suas próprias concepções de uma vida boa e dignidade.

Por esta razão, deve ser respeitado o momento de vivência do período gestacional, parto e pós parto de cada mulher, bem como sua perspectiva e forma de construção da dignidade, de modo que aquela que quer viver um parto sem nenhuma

intervenção, dentro das melhores técnicas da obstetrícia, seja respeitada, bem como aquela que quer ter seu filho por meio de uma cirurgia cesariana eletiva, mesmo consciente de todos os riscos que isso envolve após os devidos esclarecimentos de sua equipe, também deve ter esse direito (ANDRADE, 2021, p. 110/231).

Ocorre que, como exposto no capítulo 01 deste trabalho, isto não é posto no plano fático haja vista a realidade da violência institucional, vê-se que o arcabouço normativo que resguarda o direito ao parto seguro, que terá seu aprofundamento no tópico seguinte, não mostra-se eficaz para eliminar a violência aqui tratada.

Para explicitar ainda mais tal realidade, em 2010, a Universidade de São Paulo (USP), realizou uma pesquisa coletando dados de 2365 mulheres. Das entrevistadas, 25% sofreram alguma agressão durante o parto. Além disso, 23% disseram ter ouvido algum despropósito no momento do parto, como “não chora, que ano que vem você está aqui de novo” (VENTURINI, 2010, p. 16-20).

Ademais, outro ponto importante a ser abordado, trata-se de um estudo, produzido pelo Departamento de Psicologia da UNISINOS, em que utilizaram o chamado “Questionário de Violência no Parto”, responsável por entrevistar 1626 mulheres. A seguir, será exposto o extraído.

O primeiro ponto da pesquisa, tratou das experiências e sentimentos vivenciados pelas participantes nos atendimentos realizados por profissionais da saúde durante o trabalho de seus partos. Restou revelado que 52,3% (850 mulheres) sentiu-se inferior, vulnerável e insegura; 49,8% (810 mulheres) tiveram o sentimento de exposição em excesso, em que foram-lhe retirada a privacidade; 42,2% (686 mulheres) relataram desconforto em questionar e realizar perguntas sobre o parto aos agentes da saúde, visto que proferiam respostas mal elaboradas ou não respondiam (PALMA, 2017, p. 216–230).

Em seguida, obtiveram resultados a respeito de comportamentos e condutas exercidas por profissionais de saúde ao atendimento ao parto, que restaram caracterizados como atos que materializam a chamada violência obstétrica. Constatou-se que 483 mulheres (29,7%) para que os profissionais executarem procedimentos pouco necessários, tiveram adiado o seu primeiro contato com a

criança, bem como 450 mulheres (27,7%) apontaram ter a criança levada para outro cômodo sem qualquer explicação, inclusive sobre o estado de saúde do bebê; 337 mulheres (29,0%) relataram que houve corte imediato do cordão umbilical; 435 mulheres foram impedidas de amamentar ou a elas foram dificultado o aleitamento na primeira hora de vida do bebê, sem justificativa; 435 mulheres (26,8%) foram impedidas de amamentar ou a elas foram dificultado o aleitamento na primeira hora de vida do bebê, sem justificativa.

Além disso, 24,2% (393 mulheres) das participantes passaram pelo início do procedimento do corte do abdômen isentas do sob efeito da anestesia; 23,8% (386 mulheres) foram submetidas a toques vaginais de forma recorrente; 21,0% passaram por Ocitocina sintética. O processo de Episiotomia foi realizado em 20,7%. "Puxos dirigidos" foram executados por profissionais de saúde em 334 mulheres. Foi revelado que 18,6% das entrevistadas tiveram suas mãos amarradas, de modo que impedisse o contato com seu bebê; 17,1% não puderam buscar posições adequadas para que fossem atendidas suas necessidades. 17,0% foram privadas da possibilidade de adotar a postura mais confortável para você realizar os "puxos". 16,4% foram proibidas de ingerir alimentos ou bebidas. 267 mulheres passaram pelo rompimento artificial da bolsa. 15,1% não tiveram a oportunidade de caminhar durante o trabalho de parto. Em 228 mulheres foi realizada a Manobra de Kristeller. Em 12,8% foi realizado atos e procedimentos sem o consentimento das parturientes. 9,0% passaram pelo ato da Tricotomia. Em 5,7% foi realizado o Enema. Diálogos paralelos entre os agentes de saúde sobre assuntos diversos do do momento do parto foram relatados por 2,5%. Por fim, 2,3% das mulheres foram forçadas a realizar o aleitamento ou contato com o bebê contra a sua vontade (PALMA, 2017, p. 216–230).

Incontáveis violações à intimidade, liberdade e saúde psicológica da mulher, como o atendimento desrespeitoso e degradante ocasionados pela violência obstétrica foram explicitadas acima. Infere-se de tal estudo, ser comum ouvir de profissionais expressões humilhantes nas ocasiões de atendimento nas instituições de saúde, bem como nota-se ser habitual que os profissionais tenham acesso aos órgãos sexuais da mulher e outras partes íntimas de seu corpo, expondo sua intimidade.

O Código Civil, com a expressão “vida privada”, como discorre seu artigo 21º: “A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma”, trata da privacidade como direito de personalidade.

Ademais, a Constituição Federal dispõe sobre "intimidade" e também “vida privada” em seu artigo 5º, X: “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Assim ressaltou Schreiber, (2013):

“interessante notar, nesse sentido, que a maior parte dos direitos de personalidade mencionados pelo Código Civil brasileiro (imagem, honra, privacidade) encontram previsão expressa no art. 5º do texto constitucional. Mesmo os que não contam com previsão explícita nesse dispositivo são sempre referidos como consectários da dignidade humana, protegida no art. 1º, III, da Constituição. Os direitos da personalidade são, portanto, direitos fundamentais” (SCHREIBER, 2013, p. 14).

Com isso, já há expressa proibição a qualquer tipo de violação a esses aspectos da pessoa humana, além de arcabouço normativo internacional que será estudo do próximo tópico, ou seja, fica claro o impedimento à pessoa que esteja prestando atendimento a uma mulher no contexto obstétrico oferecer tratamento desrespeitoso, desumano ou que tenha a possibilidade de ferir a honra da mulher.

O atendimento obstétrico, deve ser realizado de forma a que seja à mulher, respeitada a honra, a imagem que ela mesma tem de si dentro do contexto social. Uma vez pessoa que é, possui o direito à proteção de seus direitos de personalidade, direito fundamental, atributo de sua dignidade.

A mulher precisa se sentir acolhida e segura, para que possa viver esse momento de forma respeitosa. Em verdade, mostra-se absurdo o fato de ser necessário dizer que uma mulher tem direito a ter sua privacidade respeitada no contexto de seu

atendimento obstétrico. Mas a realidade nos mostra que ainda há muito a ser dito (ANDRADE, 2021, p. 110/231).

Trata-se de uma violência inadmissível por nosso sistema jurídico, mas amplamente corriqueira e aceita no sistema de saúde brasileiro. Para melhor profundidade a respeito da tutela do direito à maternidade segura e assim, aos direitos sexuais e reprodutivos, será abaixo exposto o próximo tópico.

2.3- A FUNDAMENTALIDADE DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Ao analisar historicamente o processo de reconhecimento dos direitos das mulheres nas últimas décadas, Flavia Piovesan, diz que o conteúdo de direitos humanos internacionais voltados à mulher podem ser setorizados nos seguintes tópicos: discriminação contra a mulher, violência contra a mulher e, por fim, direitos sexuais e reprodutivos (PIOVESAN, 2014, p. 21-34). Para este trabalho, será dado enfoque a este último.

A jurista assinala duas vertentes ao conceito de direitos sexuais e reprodutivos, a primeira concerne-se na a autodeterminação individual que corresponde o livre exercício da sexualidade e reprodução humana livre de discriminação, coerção e violência significa o direito à autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual. Por outro lado, salienta sobre as políticas públicas serem essenciais para o efetivo exercício dos direitos reprodutivos, sendo primordial o acesso à informações, meios e recursos seguros e acessíveis, sendo fundamental o mais elevado padrão de saúde no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos (PIOVESAN, 2004, p. 77- 85).

Pois bem, tais direitos, dessa forma, tratam da autonomia necessária para que cada pessoa decida quando e como reproduzir. Além disso, decidir de forma livre e responsável sobre o desejo ou não de gerar uma criança bem como o momento de suas preferências para a reprodução é um direito respaldado pela Constituição Federal. Ademais, diz respeito ao acesso a informações, meios e métodos para ter ou não filhos, abrangendo também a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

O termo “direitos sexuais” foi utilizado em um documento internacional pela primeira vez, na Declaração de Beijing, após a realização da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995:

“223. Tendo em mente o Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento e a Declaração e o Programa de Ação adotados em Viena pela Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, a Conferência Mundial sobre a Mulher reafirma que os direitos reprodutivos dependem dos **direitos básicos de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número, a freqüência e o momento para terem seus filhos e de possuir as informações e os meios para isso, bem como do direito a alcançar o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva.**

92. É preciso lograr que as mulheres possam exercer o direito a usufruir o mais elevado nível possível de saúde durante todo o seu ciclo vital, em igualdade de condições com os homens. As mulheres padecem de muitas das afecções de que padecem os homens, mas de maneira diferente. A incidência da pobreza e da dependência econômica da mulher, sua experiência com a violência, as atitudes negativas para com mulheres e meninas, a discriminação racial e outras formas de discriminação, **o controle limitado que muitas mulheres exercem sobre sua vida sexual e reprodutiva, e sua falta de influência na tomada de decisões são realidades sociais que têm efeitos prejudiciais sobre sua saúde.** “(Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher-Pequim, 1995 -) (grifo nosso).

Além disso, esses direitos estão abraçados nos já existentes documentos internacionais sobre adotar as medidas necessárias para proteger a mulher de qualquer tipo de violência, estabelecida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994, ratificada e em vigor no Brasil desde 01 de agosto de 1996, a qual o Brasil assumiu compromisso internacional.

Registre-se que, por se tratar de norma internacional sobre direitos humanos, aprovada sem o quórum qualificado exigido pelo §5º, do artigo 5º da Constituição de 1988, ostenta o status de norma supralegal. (reiterada no julgamento do HC 90.172-SP, 2ª Turma, votação unânime. Tese apresentada pelo Ministro Gilmar Mendes, no julgamento do RE 466.343-SP).

Assim dispõe o artigo 7º, c, da Convenção em análise:

Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e scan demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em:

c) incorporar na sua legislação interna normas penais, civis, administrativas e de outra natureza, que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como adotar as medidas administrativas adequadas que forem aplicáveis.

Importante apontar que o artigo retratado acima encontra-se no Capítulo III da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, parte do instrumento normativo internacional que trata sobre os deveres dos Estados.

A Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher foi, internacionalmente, um grande marco para direitos femininos a medida que busca igualdade material, e assegura garantias diferenciadas a esse grupo de pessoas, levando em consideração a situação de vulnerabilidade e a desigualdade de condições sociais. Sendo a primeira convenção a tratar sobre o combate à violência contra a mulher, a Convenção de Belém do Pará é de indubitável importância, definindo em seu artigo 1º que a violência contra a mulher é “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (MARTINS, FABRIZ, p. 402-404).

Dentre os direitos sexuais e reprodutivos, no que se refere ao direito à maternidade segura, este encontra-se respaldado também pela própria Carta Magna Brasileira.

Pois bem, abrindo um parênteses, importante ressaltar que, serão denominados direitos humanos quando tais atributos se manifestam na seara internacional, independentemente do modo como cada país regula a matéria. Aqueles que dizem respeito aos direitos humanos acolhidos e positivados no direito nacional, se denominam como direitos fundamentais. É posto como fundamental em razão de sua imprescritibilidade, isso porque servem de base para os demais direitos além de que são pautados de forma inquestionável nas necessidades do ser humano (SCHREIBER, 2013, p. 241).

Pedra, citando Salgado, classifica em quatro grupos de direitos fundamentais, são eles:

os direitos individuais, considerando os direitos fundamentais a partir da perspectiva do indivíduo humano; os direitos sociais, considerando os direitos fundamentais na perspectiva do social; os direitos humanos, considerando esses direitos integrados dialeticamente como universais e ao mesmo tempo singulares; direitos políticos, como uma forma de superação da dicotomia poder-direitos fundamentais (SALGADO, 1996, apud PEDRA, 2018, p. 116).

Dentre eles, os direitos sociais elencados no artigo 6º da Carta Magna Brasileira, incluem expressamente a preocupação com as mulheres gestantes, parturientes e durante o puerpério, ao abordar a proteção à maternidade:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a **proteção à maternidade** e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988) (grifo nosso).

Neste ponto, o direito à maternidade segura encontra sua estrutura normativa em tratados internacionais e convenções brasileiras, os quais a Constituição federal adota, em seu o artigo 5º, parágrafo 2º da Constituição Federal Brasileira:

§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte. (BRASIL, 1988)

Infere-se deste modo, que dentre os acordos firmados entre as nações, a garantia de informação e políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos dos cidadãos, encontra-se incluída, portanto tais prerrogativas devem ser garantidas.

Ocorre que, apesar do arcabouço normativo tutelar direitos reprodutivos e sexuais e a maternidade segura, além de todas as formas de violência contra a mulher, não há

no ordenamento brasileiro legislação específica que trata da violência obstétrica, apenas projetos de lei. Deste modo, visto o atual cenário violento às mulheres parturientes, o próximo tópico versará a respeito da violência obstétrica à luz do projeto de lei PL 7633/2014 e como o tema é tratado nos países latino-americanos.

3- A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DO PL 7633/2014 E DA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA: POSSÍVEIS RESPOSTAS

Manifestada a necessidade de tutela aos direitos sexuais e reprodutivos como forma de assegurar a dignidade, bem como os direitos da personalidade da mulher parturiente, os quais vêm sendo infringidos em decorrência da violência obstétrica, e, diante da ausência de norma específica a respeito da referida violência, o presente estudo irá debruçar-se a respeito do projeto de lei nº 7633/2014, o qual busca tal finalidade de resguardo aos direitos da mulher gestante.

Além disso, trará à tona a postura legislativa adotada por países latino-americanos, Venezuela e Argentina, diante do tema: violência obstétrica.

3.1- FUNDAMENTAÇÃO E TRAMITAÇÃO DA PL 7633/2014

Em razão dos resultados obtidos da pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo- Serviço Social (Sesc), sobre "Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados", os quais revelaram inúmeras queixas em relação aos procedimentos dolorosos realizados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, sem consentimento da gestante e/ou sem a prestação das devidas informações, o deputado Jean Wyllys, elaborou o projeto de lei nº 7633/2014, o qual dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências, a fim de assegurar a eficácia dos direitos fundamentais da mulher parturiente (CAMARA.LEG.BR).

Além de tratar dos direitos do feto e recém-nascido, a proposta legislativa possui como finalidade salvaguardar os direitos da mulher durante a gestação e o parto e definir as obrigações dos profissionais da saúde.

Trata-se da implementação de uma assistência humanizada a procedimentos que exigem mínima intervenção dos profissionais da saúde, em busca de priorizar a

utilização de métodos não invasivos, além do emprego de cirurgias e medicamentos apenas em casos extremamente indispensáveis (CAMARA.LEG.BR).

De início, o projeto estabelece o reconhecimento à toda gestante do direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, inclusive em situações de abortamento, seja na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, seja em estabelecimento privado de saúde suplementar.

No que diz respeito às práticas de assistência humanizada, aponta que são aquelas preconizadas pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, desenvolvido pela OMS, da Política Nacional de Humanização, das Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde e em conformidade com as orientações da RDC nº 36/2008, da Anvisa (CAMARA.LEG.BR).

Adiante, em seus demais artigos, preconiza os princípios da assistência humanizada, sempre procurando garantir a mínima interferência por parte da equipe médica no parto e no nascimento, bem como a utilização de métodos menos invasivos de escolha da parturiente, além do fornecimento de informações adequadas e completas referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério (CAMARA.LEG.BR).

A fim de resguardar mulheres de atos praticados pelo profissional de saúde que ofenda de algum modo as gestantes, a PL 7633/2014 inclui em seu artigo 2º, obrigações da instituição ou pessoa que opere o parto (CAMARA.LEG.BR):

- II - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor;
- IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio;
- V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós- parto imediato.

Ademais, o artigo 4º dispõe acerca do direito da mulher, quais sejam:

I - a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura;

II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto.

Para que a autonomia da gestante seja integralmente respeitada, os artigos 5º ao 10º, irão dispor o direito de cada gestante à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual serão indicadas as disposições de sua vontade, sendo dentre eles, sobre a permissão ou não da presença de um acompanhante, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, ao modo como serão monitorados os batimentos cardíofetais, uso de posição verticalizada no parto, alojamento conjunto. Nos casos de alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo médico responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado. (CAMARA.LEG.BR).

A fim de definir a violência obstétrica, o artigo 13º estabelece:

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

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

As ofensas físicas ou verbais, tratam-se de atos de tratamento agressivos, não empáticos, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo

gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz. Ademais, também denominam-se deste modo comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade, bem como a ironia ou censura à mulher por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica. Ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas, também são atos que preconizam a ofensa física ou verbal, sendo estes integralmente detalhados pelo artigo 14º (CAMARA.LEG.BR).

Não obstante aos direitos da mulher parturiente, o artigo 16º discorre a respeito dos direitos da criança recém nascida:

I – ao nascimento digno e seguro, e à oportunidade de desenvolvimento saudável desde o primeiro momento de vida;

II – a ser mantida ligada à placenta pelo cordão umbilical por, no mínimo, cinco minutos, a fim de garantir o suprimento de sangue e nutrientes necessários, devendo o cordão umbilical ser cortado somente após a cessação da pulsação espontânea, salvo nos casos de urgente necessidade de intervenção para cuidados especiais;

III – a ser entregue à sua mãe para contato pele-a-pele e amamentação em livre demanda imediatamente após nascer e durante a primeira meia hora de vida;

IV – a não ser separada de sua mãe para realização de procedimentos de rotina, devendo a realização de quaisquer exames ser feita com a criança no colo de sua mãe, salvo nos casos especiais devidamente justificados ou em que haja necessidade de sua remoção para cuidados urgentes e especiais;

V – a não receber leite artificial ou equivalente, quando conseguir mamar, nem receber medicamentos ou substâncias sem autorização da mãe, durante todo o período de permanência no estabelecimento de saúde;

VI – a ser amamentada em livre demanda e ser acompanhada presencial e continuamente por sua mãe para contato pele-a-pele quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem restrição de horário ou dias da semana, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal (CAMARA.LEG.BR).

Pois bem, com o intuito de erradicar a violência obstétrica, o PL 7633/2014, nos §§1º e 2º, de seu artigo 17º, impõe penalidades civis e criminais ao estabelecimento de saúde:

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

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

Todos os casos da referida violência praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO. (CAMARA.LEG.BR). Às escolas e universidades que ministram curso de formação de profissionais da área de saúde, médicos, enfermeiros, obstetras e equipes administrativas hospitalares, ficam o encargo de implementação em suas diretrizes curriculares conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde da mulher e do conceito, nos termos de tal proposta, como disposto pelo seu artigo 19º.

Os direitos sexuais e reprodutivos ficam resguardados pelo artigo 22º e seus incisos, para tanto deve haver, durante a assistência prestada por profissional individualmente ou por equipe multidisciplinar, a prestação de informações adequadas sobre gestação, parto e puerpério saudáveis. Além disso, autonomia para escolher onde, como e com quem a parturiente quer parir seus filhos e suas filhas, devem ser respeitados a partir da diversidade de interesses, cultura e formas de viver. Deve haver também, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde no que tange ao atendimento obstétrico no pré-natal, no parto e no pós-parto imediato e tardio. No mais, a prestação de um tratamento digno, com respeito, e a presença e o acompanhamento de, no mínimo, uma pessoa de sua escolha, na assistência de todo o ciclo gravídico-puerperal, deve ser resguardado. Por fim, estabelece a proteção contra quaisquer formas de abuso e violência contra a mulher e concede o direito à assistência de saúde humanizada durante seu ciclo gravídico-

puerperal, e acesso ao atendimento de urgência, emergência e de referência e contrarreferência nos serviços de saúde maternos e infantis, mesmo quando a necessidade do atendimento tenha se originado em local diferente do ambiente hospitalar, ambulatorial ou básico, incluindo seu domicílio, casa de parto e centro de parto normal (CAMARA.LEG.BR).

O título III da Proposta de Lei federal, para controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas, narra que serão criadas e regulamentadas por meio de portaria as Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, representativas das esferas estadual, municipal e institucional. Isso porque, os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde (CAMARA.LEG.BR).

Desta feita, através do reconhecimento da necessidade de combate à violência obstétrica praticada pelos profissionais da saúde, que se traduz em toda a sorte de violações, dentre as quais podemos citar: negligência, imprudência, abuso sexual, violência física e verbal, ameaças, repreensões, humilhação, realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele, por exemplo, o deputado elabora a PL 7633/2014 como forma de coibir toda e qualquer violência contra a mulher.

À respeito de sua tramitação, a proposta foi apresentada ao plenário em 29 de maio de 2014 e encaminhada às Comissões de Educação; Seguridade Social e Família e Constituição e Justiça e de Cidadania. O projeto foi recebido pela comissão de Educação, todavia devolvido sem manifestação e posteriormente arquivado (CAMARA.LEG.BR).

Em 03/02/2015 o Deputado Jean Wyllys requereu o desarquivamento das referidas proposições legislativas, assim sendo retornou à Comissão de Educação. Foi realizada uma audiência pública, no dia 11 de junho de 2015 e após dois meses a

mesma comissão apresentou o seu parecer pleiteando a aprovação do projeto com uma ementa.

Foi deferido em 31/08/2016 um requerimento de redistribuição do projeto para a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, por se tratar de uma matéria pertinente ao seu campo temático. Adiante, o deputado Jean Wyllys apresentou um pedido de apensação do PL n° 7.633/2017 ao PL n° 6.567/2013, que propõe alterar a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do SUS. O deputado justificou o seu requerimento afirmando que os referidos projetos possuem pretensões muito semelhantes e utilizou o princípio da eficiência para solicitar celeridade no processo legislativo. A mesa diretora, em 30/06/2017 deferiu o requerimento do deputado Wyllys (CAMARA.LEG.BR).

Vê-se que para ser aprovado o Projeto de lei precisa ainda ser apreciado pelas Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher; da Seguridade Social e Família e da Constituição e Justiça e de Cidadania. Até o momento somente a Comissão de Educação se manifestou sobre as questões educacionais do referido projeto, tendo em vista que sem uma mudança de entendimento e dos procedimentos utilizados na formação médica de maneira geral, tanto os professores quanto os alunos continuarão fazendo uso de técnicas desatualizadas e invasivas, maltratando as mulheres e os bebês muitas vezes em razão de uma aprendizagem distorcida ou deficiente (CAMARA.LEG.BR).

A fim de investigar o modo pelo qual se estabelece o tratamento do tema pelos países latino-americanos, o próximo tópico abordará a postura legislativa adotada por países latino americanos, Venezuela e Argentina, diante do tema: violência obstétrica.

3.2- TRATAMENTO LEGAL DADO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM OUTROS PAÍSES LATINO-AMERICANO: VENEZUELA E ARGENTINA

A partir da notória importância do reconhecimento dos direitos da mulher contra a violência obstétrica, nota-se a utilização do tema como objeto de lei nos países latino-americanos, Argentina e Venezuela.

Argentina e Venezuela foram os primeiros países a tornar a violência obstétrica objeto de lei (PINTO, 2017, p. 71). Por esta razão foram escolhidos para, neste trabalho, ser feita uma análise de como esta modalidade agressão é abordada no direito estrangeiro.

3.2.1 Tratamento legal na Argentina

A Argentina, em 21 de setembro de 2004 publicou a Lei 25.929, a qual buscou estabelecer que as obras sociais regidas por leis nacionais e as entidades médicas pré-pagas devem fornecer obrigatoriamente certos benefícios relacionados à gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, incorporando-os ao Programa Médico Obrigatório (ARGENTINA.GOB.AR).

A lei foi precisa em detalhar e especificar direitos às mulheres grávidas, em trabalho de parto e pós-parto, embora não conceitua a violência obstétrica.

Consignou que a mulher deve ser informada a respeito das intervenções médicas que possam ocorrer durante os processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas. Além disso, garantiu à parturiente um tratamento com respeito, de modo individual e personalizado, lhe concedendo a intimidade durante o processo e leve em consideração seus padrões culturais. Aliás, deve a parturiente ser considerada uma pessoa sã, de modo que facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto. O parto natural foi posto como um direito a ser garantido, respeitando o tempo biológico e psicológico, e evitando práticas invasivas e ministério de medicação que não estejam justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou da criança. Ademais, a mulher deve ser informada sobre a evolução de seu parto, o estado da criança e que participe das diferentes ações dos profissionais. No que se refere a exames de intervenções, estes não devem ser

realizados quando seu propósito seja investigação, salvo consentimento manifestado por escrito, devidamente protocolado e aprovado pelo Comitê de Bioética (ARGENTINA.GOB.AR).

À gestante também foi garantido o direito de estar acompanhada de uma pessoa de sua confiança durante todos os avanços do parto bem como, ter a criança consigo durante a permanência no estabelecimento sanitário, desde que o bebê não requeira cuidados especiais. Outrossim, deve ser informada dos benefícios do aleitamento materno e receber apoio para amamentar, assim como receber informações sobre os cuidados de si e da criança (ARGENTINA.GOB.AR).

Os direitos dos pais e filhos durante o fenômeno do nascimento foram estabelecidos nos artigos 3° e 4° da mencionada lei.

No que tange o descumprimento das obrigações previstas no corpo do texto normativo, o artigo 6° diz que enseja falta grave, podendo ocasionar inclusive responsabilidade civil e penal do sujeito que violar os direitos da gestante no momento da parturição (ARGENTINA.GOB.AR).

Destarte, se percebe que apesar de não caracterizar a chamada violência obstétrica, a legislação argentina teve a preocupação em resguardar todos os direitos das mulheres, buscando tutelar das mais variadas formas de violência, inclusive da violência obstétrica, que vem se tornando cada vez mais comum.

3.2.2 Tratamento legal na Venezuela

A violência obstétrica foi reconhecida como crime na Venezuela, em 2007, por meio da "Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violência".

A lei visa é Garantir e promover o direito das mulheres a uma vida livre de violência, criando condições para prevenir, atender, punir e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas formas e âmbitos, motivando mudanças nos padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de gênero e as relações de poder sobre as mulheres, para favorecer a construção de uma sociedade justa,

democrática, participativa, paritária e protagonista. É como preconiza o artigo 1º (SITEAL.IIEP.UNESCO.ORG).

Para definir a conceituação da violência obstétrica, o artigo 15º discorre:

“[...] a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se manifesta através de um tratamento desumano, abuso de medicação e patologização de processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.” (SITEAL.IIEP.UNESCO.ORG).

A legislação, além da caracterização da referida violência contra a mulher, dispôs em seu artigo 51, os atos que constituem os delitos, tendo o legislador, garantido punição através de pagamento de indenização à vítima para os profissionais que cometerem alguma agressão contra mulheres gestantes no momento do parto (SITEAL.IIEP.UNESCO.ORG).

As políticas públicas de atenção e proteção das mulheres, visando orientar as ações responsáveis por assegurar os direitos e garantias destacados na lei, foram definidas pelo Capítulo IV da lei (SITEAL.IIEP.UNESCO.ORG).

Verifica-se que ambas as legislações estrangeiras, apresentam semelhanças entre si, reconhecendo a violência contra a mulher no âmbito do ato de partear como um ato recorrente e criminoso, devendo ser confrontada no domínio hospitalar. Além disso, são uníssonas em objetivar a conscientização dos profissionais da saúde e da própria sociedade.

A realidade apresentada, em que mulheres, de forma recorrente, sofrem algum tipo de violência durante o parto, manifestando-se no âmbito físico, mental e sexual das parturientes, causadas pelas práticas de assistência obstétrica brasileira, deve servir de combustível para impulsionar um esforço constante no sentido da construção de um estado pautado no princípio da dignidade humana, haja visto que a violência obstétrica possui o condão de ferí-lo.

No caso em voga, foi possível observar que a ausência de legislação federal no direito brasileiro tornando objeto de lei a violência obstétrica, desdobra-se em grande impacto à saúde feminina, em que se ignora a individualidade, e direitos de personalidade da vítima.

A discussão sobre parto humanizado, e pesquisas as quais revelaram inúmeras queixas em relação aos procedimentos dolorosos realizados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, sem consentimento da gestante e/ou sem a prestação das devidas informações, insurgiu na elaboração do projeto de lei nº 7633/2014, que sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências, a fim de assegurar a eficácia dos direitos fundamentais da mulher parturiente.

Portanto, a proposta legislativa mostra-se como uma alternativa diante da incapacidade do Estado em garantir os direitos fundamentais da mulher durante o trabalho de parto. É necessário um olhar do Estado para a violência obstétrica a fim de que se assegure os direitos sexuais e reprodutivos como forma de tornar eficaz o princípio da dignidade humana, bem como os direitos da personalidade da mulher parturiente.

4- CONCLUSÃO

Nesse panorama, a partir do exposto nota-se que a violência obstétrica se faz presente no contexto social, de forma institucional e velada, como um problema de saúde pública multifatorial, de grande influência sobre a saúde das mulheres e recém nascidos, havendo uma dificuldade de caracterização.

Obstáculos à identificação da violência institucional, ocorre pela forma que se enxerga o parto. Viu-se que este deve ser entendido como um evento sexual, pessoal e marcante da vida da mulher, no entanto, a partir da institucionalização foi posto como um evento médico, no qual o profissional da saúde passou a ocupar o lugar de protagonista.

A violação das diversas facetas da vida da parturiente, inclusive da autonomia da vontade, mostra-se um impedimento à efetivação da concretude do princípio da

dignidade da pessoa humana, além de prejudicar que seus direitos sexuais e reprodutivos sejam resguardados.

Apesar de haver resguardo na esfera internacional e a própria carta magna versar a respeito da tutela da mulher à uma gravidez e maternidade segura, não há um dispositivo específico em âmbito federal que caracterize a violência obstétrica ou que estabeleça diretrizes para assegurar à mulher ao parto humanizado, ademais a eficácia dos tratados internacionais dependem essencialmente da incorporação de suas previsões no ordenamento jurídico interno.

Como foi visto, situações em que mulheres são submetidas a realização de procedimentos sem o seu consentimento, meio a falta de informação baseada em evidência médica, ou sem as devidas explicações de sua necessidade, procedimentos que violam sua autonomia, intimidade, liberdade, integridade física e mental, bem como suas preferências, são crescentes. Algumas são forçadas a amamentar ou dificultam o aleitamento na 1ª hora de vida do bebê, sem motivos para justificar esta atitude, são submetidas a realização do corte de seu abdômen sem esperar a anestesia "fazer efeito", ocorre toques vaginais repetitivos, são impossibilitadas de procurar posições mais confortáveis segundo suas necessidades, passam pelo rompimento artificial da bolsa, dentre vários outros.

Na preocupação de assegurar a eficácia dos direitos fundamentais da mulher parturiente, diante da violação de direitos da personalidade, sexuais e reprodutivos, e, por conseguinte a dignidade da pessoa humana, provocada pela violência obstétrica, a surge a proposta do deputado Jean Wyllys, com a PL 7633/2014, expondo acerca da humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

Mostra-se como proposta legislativa federal, imprescindível aliás, diante da ausência de norma específica, trazendo de forma clara e objetiva a definição de violência obstétrica, assim como estabelece sanções aos profissionais da saúde pelos atos praticados contra a mulher parturiente e a criança recém nascida. A proposta ressalta a importância do direito que a mulher possui em decidir e entender sobre os procedimentos do pre-parto, parto e puerpério, devendo a vontade da gestante ser

desconsiderada apenas em casos de demonstração concreta de riscos para o direito à vida ou à saúde da parturiente e criança.

Ademais, diante da vulnerabilidade técnica da mulher em decorrência da falta de esclarecimentos acerca dos procedimentos, muitas acabam se submetendo a uma relação de poder, evitando qualquer tipo de esclarecimento, quanto à decisão.

O direito internacional já versou a respeito do tema. O que se infere é que diz respeito a uma problemática recorrente em grande parte da América Latina, senão em toda, tendo a legislação argentina quanto a venezuelana apresentado muitas semelhanças entre si, e inclusive com a PL 7633/2014, ao tratar do reconhecimento da violência obstétrica como um ato criminoso e recorrente e que merece ser combatida no domínio hospitalar, tendo como principal finalidade a conscientização dos profissionais da saúde e da própria sociedade.

A estrutura legislativa de um Estado capaz de verdadeiramente assegurar os direitos reprodutivos e sexuais da mulher, a fim de concretizar o princípio fundante da Constituição Federal, o da dignidade humana, exige aplicações. Desse modo, embora a implementação legislativa por si só não erradique o atual cenário violento, a aprovação do projeto de lei nº 7633/2014 é de extrema relevância para a garantia dos direitos fundamentais da mulher, a medida em que poderá contribuir para uma maior exigência de respeito à dignidade da mulher, visto que busca impedir a realização da violência obstétrica, apresentando medidas que vão desde a conscientização dos profissionais de saúde até a aplicação de penalidades àqueles que praticam o ato violento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARGENTINA.GOB.AR, 2004. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf. Acesso em: 06 maio 2023.

ALVES, Adriana da Fontoura. **A dignidade humana no Supremo Tribunal Federal e a fundamentação de casos de direito privado**. Revista de Direito Privado. São Paulo, vol. 56, ano 14, p. 45-61, out./dez. 2013.

AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna**. Femina, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 47-54, jan. 2008.

ARSIE, Jaqueline Gonçalves. **Violência obstétrica: uma violação aos direitos fundamentais da mulher**. 2015. 95 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ANDRADE. REVISTA DE DIREITO DO CAPP. Ouro Preto, v. 1, n. 1, set. 2021 | Página 110/231.

BARBOSA, G. M.; PIMENTA, T. S. **O ofício de parteira no Rio de Janeiro Imperial**. Revista de História Regional, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 485-510, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DE, 2001.

BRAGATO, Fernanda Frizzo. **A definição de pessoa e de dignidade humana e suas implicações práticas**. Direitos fundamentais e justiça. Porto Alegre, ano 4, n. 13, p. 80-94, out./dez. 2010

BITTAR, Carlos A. **Os Direitos da Personalidade**. 8ª edição. Disponível em: Minha Biblioteca, Editora Saraiva, 2015.

BRASIL. Projeto de Lei no 7633/2014. Situação atual: Aguardando parecer do relator da Comissão de Educação. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=31384479C7F1D181D5F7B23D6990F5E4.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014. Acesso em: 09 Abril 2023.

CARVALHO, Vanessa Franco de et. al. **Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 572-581, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200572>. Acesso em: 01 março 2023.

Carroli G, Belizan J. **Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review)**. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. **Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências**. Femina, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 265-270, maio 2010.

CENTRAL DA FISIOTERAPIA. Você sabe que é assoalho pélvico? Disponível em: <http://www.centraldafisioterapia.com.br/dicas-de-saude/voce-sabe-o-que-e-assoalho-pelvico>. Acesso em: 07 março 2023.

CORDEIRO, S. N.; SABATINO, H. **A Humanização do Parto**. In: TEDESCO, José J.; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. Obstetrícia Psicossomática. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 280-317.

CORDEIRO, Beatriz Coelho Alves. **Violência obstétrica e autonomia existencial: a proteção da autodeterminação da gestante à luz do direito civil-constitucional**. 2016. Disponível em: http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2016/relatorios_pdf/ccs/DIR/DIR-Beatriz_Cordeiro.pdf. Acesso em: 07 março 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). Manobra de Kristeller. 2016.

Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher-Pequim, 1995.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Violência Obstétrica: você sabe o que é? São Paulo, 2013.

DINIZ, Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. Journal of Human Growth and Development, v. 25. n. 3, p. 1-8. 2015 Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 09 de março de 2023.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001. 264p. Tese (Doutorado em Medicina) - Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

E. E. I.; SANTIAGO, S. M. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, V. 10. n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esc/v10n3/a21v10n3.pdf> Acesso em: 06 março 2023.

FREITAS, rotinas em obstetrícia, 7a EDIÇÃO, CAP 22 –Indução do trabalho de parto, 2017.

GOMES, Isabella Grobério. **Habitus patriarcal e violência obstétrica: biologização do social, controle patriarcal dos corpos e violação dos direitos fundamentais das grávidas, parturientes e puérperas**. Orientador: Elda Coelho

de Azevedo Bussinger. 2021. 93 f. Dissertação (Mestrado em Direitos e Garantias Fundamentais) - Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais, Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2021.

GOSCH, Catarina Scolari; PEREIRA, Ingra Bitarães; MUNDOCO, Leonardo Sousa. **Assistência ao parto em maternidade do Tocantins: análise centrada na realização da manobra de kristeller**. Revista Educação e Saúde, v. 10, n. 2, p. 10-20, 2020.

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. **A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e proposta de ação**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003. Acesso em: 23 março 2023.

GUIMARÃES, M. C. S. G.; NOVAES, S. C.. **Vulneráveis**. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/vulnera.htm> acesso em 07 março 2023.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 159

HANAMI. História do parto. [2006]. Disponível em: <http://www.equipehanami.com.br/a-historia-doparto/> Acesso em 15 março 2023.

(KAPPAUM, 2020; COSTA, 2020). Revista Paradigma, Ribeirão Preto-SP, a. XXV, v. 29, n. 1, p. 71-86, jan/abr 2020 ISSN 2318-8650).

MIRANDA, Jorge. **Manual de direito constitucional**. v. 4, 2000.

LAQUEUR, Thomas. **Making sex: body and gender from the Greeks to Freud**. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A ciência obstétrica**. In: Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 02 março 2023.

Mezzaroba, Orides, e Cláudia Servilha Monteiro. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito**. Disponível em: Minha Biblioteca, (8th edição). Editora Saraiva, 2019.

MOTT, Maria Lucia. Parto. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 399-401, 2002.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre o parto e o nascimento**. 2012. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 03 março 2023).

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. **Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da Região Sudeste.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em

[Shttp://www.tec.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-26082016-101211/?&lang-br](http://www.tec.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-26082016-101211/?&lang-br)
>. Acesso em: 07 março 2023.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: Convenção de Belém do Pará.** Belém do Pará, 1996. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em 20 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 10 março 2023.

Palma, C. C., & Donelli, T. M. S. (2017). **Violência obstétrica em mulheres brasileiras.** *Psico*, 48(3), 216–230. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>

PIOVESAN, F. **A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres.** *Cadernos Jurídicos*, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 21-34, 2014.

PIOVESAN, Flavia. **A mulher e o debate sobre direitos humanos no Brasil.** *Crítica Jurídica Revista Latinoamericana de Política, Filosofía y Derecho*, Curitiba [S.l.: s.v]. n. 23, p. 77- 85, jan. /dez. 2004.

PÁDUA KS, Osius MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. **Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros.** *Rev Saúde Pública* 2010.

PARTO DO PRINCÍPIO: Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. 2014, p.11. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/o-que---viol-ncia-obst-trica>. Acesso em 12 março 2023.

PEDRA, A. S. **A Constituição viva: poder constituinte permanente e cláusulas pétreas na democracia participativa.** Editora Lumen Juris, 2018.

PERROT, Michele. *Minha história das mulheres*; tradução Angela M. S. Corrêa. São Paulo: Contexto, 2007.

PEREIRA WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto e contexto enferm.* 2004.

PINHEIRO, Pedro. **Parto por cesariana: vantagens e riscos.** 2022. <http://www.mdsaude.com/2013/10/parto-cesariana.html>>. Acesso em: 12 março 2023.

PINTO, Amanda Maria Oliveira. **Violência obstétrica: uma análise acerca do Projeto de Lei nº 7.633/2014 como proposta de garantia aos direitos fundamentais da mulher.** Amanda Maria Oliveira Pinto. - São Luis, 2017.

OPAS.ORG.BR, 2015. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em 17 maio 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SCHREIBER, Anderson. **Direito civil e constituição.** Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2013.

STRINGUETO, Katia. **Mudança de hábito.** Disponível em: <https://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia.html>. Acesso em: 14abr.2017. 100 AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetria moderna. *Femina*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 47-54, jan. 2008.

STORTI, J. de P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal.** 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SENA L. M.; TESSER, C. D. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.** *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>. Acesso em: 07 março 2023.

ANAYANSI Correa Brenes. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7 (2): 135--149, abr/jun, 1999. Disponível em https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v7n2/v7n2a02.pdf. Acesso em: 07 março 2023.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada.** Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TUA SAÚDE. **Entenda os riscos da manobra de Kristeller durante o parto.** Disponível em: <https://www.tuasaude.com/manobra-de-kristeller/>. Acesso em: 12 março 2023.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. **Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa.** *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 29, ed. 155043, 2017.

ZANETTI, M. R. D. et al. **Episiotomia: revendo conceitos.** *Fimina*, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009. Disponível em Wolff LR, Waldow VR. *Violência consentida:*

mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde soc. 2008. Acesso em: 10 março 2023.

<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>
B. Acesso em: Acesso em: 12 março 2023.

VENTURI, G., Recamán, M., & Oliveira, S. (Orgs.). (2010). **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

SITEAL.IIEP.UNESCO.ORG, 2007
https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf

CAMARA.LEG.BR, 2014. Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL%207633/2014. Acesso em: 20 maio 2023.

WOLFF, L. R. **Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.