

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FRENTE À DIGNIDADE DA PARTURIENTE

OBSTETRIC VIOLENCE IN FRONT OF THE DIGNITY OF THE PARTURIENT

Marília Rulli Stefanini¹
Letícia Souza Socorro Yanez Arias²

RESUMO

Objetivo: a violência obstétrica é um fenômeno que merece atenção, por afetar um grande número de mulheres no Brasil desde o início da gravidez até o puerpério. São práticas que acabam por desconsiderar as vivências, os medos, os desejos e necessidades das mulheres. Essa forma de violência está em dissonância com as proteções e princípios dos Direitos Humanos. Nesse sentido, o objetivo consistiu em estudar, bem como, refletir a forma como a violência obstétrica ocorre de maneira silenciosa em ambientes hospitalares ou clínicas médicas. **Métodos:** a metodologia utilizada foi de cunho qualitativo, com referenciais bibliográficos e documentais em geral. **Resultados:** os resultados permitiram identificar que, historicamente, houve uma evolução nos métodos do parto, de modo que, antes era um evento que ocorria primordialmente em casa, tendo a participação de parteiras e doulas, passando a ser um evento médico e hospitalizado. **Conclusão:** assim, tendo em vista a relevância da temática ainda pouco conhecida, mostra-se imprescindível que o tema seja mais propagado no intuito de diminuir ou até mesmo eliminar a ocorrência dessa violência muitas vezes imperceptível, visando mostrar que o parto é um evento antes de tudo da parturiente, devendo, sempre que possível, serem respeitados seus desejos para que esse episódio não se torne uma experiência traumática. É de grande relevância social a popularização do tema para proporcionar reflexões acerca do assunto e enfrentamento do problema.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Direitos humanos. Obstetrícia. História de Vida.

ABSTRACT

Objective: obstetric violence is a phenomenon that deserves attention, as it affects a large number of women in Brazil from the beginning of pregnancy until the postpartum period. These are practices that end up disregarding women's experiences, fears, desires and needs. This form of violence is in dissonance with Human Rights protections and principles. In this sense, the objective was to study, as well as reflect on, the way in which obstetric violence occurs silently in hospital environments or medical clinics. **Methods:** the methodology used was qualitative in nature, with bibliographic and documentary references in general. **Results:** the results allowed us to identify that, historically, there has been an evolution in birth methods, so that, before it was an event that took place primarily at home, with the participation of midwives and doulas, it became a medical and hospitalized event. **Conclusion:** thus, considering the relevance of the topic that is still little known, it is essential that the topic be further propagated in order to reduce or even eliminate the occurrence of this often imperceptible violence, aiming to show that childbirth is an event before of everything from the parturient woman, and, whenever possible, her wishes should be respected so that this episode does not become a traumatic experience. It

¹ Docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Campus de Coxim. Doutora em Direito pela Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP. Estágio pós-doutoral em Direitos Humanos e Democracia pelo "Ius Gentium Conimbrigae" (IGC) na Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra (FDUC), Portugal.

² Bacharel em Direito pelas FIPAR. Advogada inscrita nos quadros da OAB/MS 24.280. Pós-graduanda em Direito Penal e Criminologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS
Revista Jurídica Direito & Realidade, v.11, p.87-108 /2023

is of great social relevance to popularize the topic to provide reflections on the subject and confront the problem.

Keywords: Obstetric violence. Human rights. Obstetrics. Life's history.

1. INTRODUÇÃO

Antes de adentrar ao tema propriamente dito, objeto do presente trabalho, se torna necessário realizar breves comentários acerca dos seguintes temas correlatos: gravidez, obstetrícia, violência, saúde pública e direitos humanos.

A gravidez, tão sonhada por muitas mulheres, há muito foi marcada por práticas dolorosas e traumatizantes relacionadas ao pré-parto, parto e até mesmo pós-parto. Hoje se discute a necessidade da continuidade de alguns desses procedimentos realizados frequentemente por médicos e por profissionais da saúde e, como resultado, foi dado a tais práticas o nome de violência obstétrica.

Tais procedimentos quase sempre são encarados pelas parturientes como “normais”, quase que inerentes à condição em que se encontram, e dificilmente vistos como violência. Há uma crença de que todo o processo de dor existente durante os períodos mencionados faz parte do processo de se tornar mãe e, por vezes, algumas mulheres são violentadas psicológica, moral e fisicamente.

Ocorre que essa violência geralmente passa despercebida aos olhos das mães, podendo ocorrer tanto em espaços públicos como particulares, principalmente com o deslocamento e privilégio do hospital e maternidades como locais de partos.

Procedimentos dolorosos como a indução à cesárea desnecessária, toque praticado por mais de um profissional, estouro da bolsa de modo artificial, e ainda o descumprimento da lei que assegura o direito de um acompanhante na hora do parto, sem contar as agressões verbais como “se ficar gritando vai fazer mal para o seu bebê”, “não chora não que ano que vem você está aqui de novo”, “não quis engravidar? então sofra”, configuram, sem sombra de dúvidas, violência obstétrica, e afrontam de forma linear o ordenamento jurídico e os tratados internacionais.

Ademais, as mulheres têm total direito à proteção no período do parto, bem como de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação, uma vez que o Brasil é signatário da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convenção CEDAW). Ademais, os tratados de Direitos Humanos das Mulheres,

inclusive a Convenção CEDAW e Convenção de Belém do Pará, possuem o *status* constitucional no ordenamento jurídico brasileiro.

Assim, o parto, considerado como um momento de grande significado e carga afetiva, deve ser uma das melhores experiências da vida de uma mulher, e não um pesadelo, como tem sido para muitas. Para a maioria das mulheres, ser mãe configura uma realização pessoal, um projeto de vida e também a construção positiva de sua identidade. À parte de questões referentes aos modos de ser mulher e mãe presente no debate atual das ciências humanas, é inegável que garantir condições de parto livre de violência e construir um ambiente propício para as relações horizontais entre parturiente-profissionais de saúde-hospitais-sociedade algo que, se torna uma questão urgente para a coletividade, não apenas às mulheres-mães.

Esse trabalho busca propor uma discussão referente aos modos de atuação por parte dos profissionais médicos e enfermeiros que configuram violência obstétrica. Discutir esse processo é parte importante no sentido de entender que o parto é um evento predominantemente da mulher, além de investigar como as mulheres que já são mães experienciaram os momentos de pré-parto, parto e pós-parto e se elas conseguiram reconhecer alguma violência sofrida durante esse processo. Pretende-se ainda exhibir os prejuízos acarretados pela mecanização desse evento, e, por fim, apresentar as frequentes e gravíssimas violações aos direitos humanos pertinentes ao tema, acarretadas pelo desrespeito a naturalização do nascimento, bem como contra o corpo da mulher.

Como justificativa para a pesquisa, elencamos o grande número de mulheres que cotidianamente passam pelo processo de gravidez, pré-natal, pré-parto, parto, pós-parto; o que já demanda uma atenção especial só pelo aspecto quantitativo da questão.

Outro ponto importante a ser considerado é a grande dificuldade das mulheres ainda terem seus direitos garantidos, seja na rede pública ou privada de saúde: desde a falta de informação, a desconsideração das suas demandas, sofrimentos, medos, negação de acesso a condições adequadas, de acesso e uso dos serviços de saúde. Por fim, mas não menos importante, destaca-se a corriqueira deslegitimação da mulher como sujeito, suas peculiaridades, processos subjetivos e afetivos sobre gravidez e maternidade.

Não podemos esquecer do grande impacto social que essa atenção à mulher grávida ou parturiente produz nas relações cotidianas e para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna. Por esse motivo, fomentar a pesquisa nessa área pode possibilitar uma nova configuração e novas propostas de atenção e intervenção no que tange aos serviços de saúde que lidam com a grávida e parturiente.

2 BREVES CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA HISTÓRIA DO PARTO

A atividade de dar à luz nos remete a algo que está interligado à existência humana. Inclusive, segundo Gabriela Lemos de Pinho Zanardo et. al. (2017), o parto apresentava-se, até o final do século XVIII, como um hábito que ocorria internamente, dentro da própria residência da parturiente, sendo realizado por mulheres que são conhecidas como parteiras ou doulas³.

Nessa perspectiva, conforme os autores, as parteiras eram/são representadas por mulheres que, devido à dificuldade na locomoção da gestante até os raros hospitais que tinham na época, se disponibilizavam a aprender as técnicas e costumes repassados de geração a geração para que pudessem realizar esta conduta no próprio lar da gestante, em companhia de parentes e amigos. Deste modo, os médicos eram chamados para realização do parto, nos casos em que havia algum risco para a gestante e, mesmo assim, somente era feito com o consentimento da parturiente, o que garantia certa autonomia feminina na hora do parto.

Assim, no início do século XIX, após os avanços da medicina e o progresso no cenário social da comunidade, iniciou-se um procedimento de intervenção medicinal no ramo da obstetrícia, passando de fisiológico e feminino, para médico e masculino, comportando ao profissional da medicina a condução do processo de reprodução humana, sendo que, ao longo do século XX, quase 90% dos partos eram efetuados em hospitais. Nesse enfoque Anayansi Correa Brenes (1991, p. 135-136) menciona que “[...] a introdução da medicina neste espaço inaugurou não só a experimentação clínica articulada com o discurso anátomo-patológico, quanto produz um discurso a partir da penetração da figura masculina no saber e prática obstétrica. [...]”.

Este fato instituiu uma relevante perda da soberania da figura feminina em estabelecer sua vontade para a concepção do nascituro. A partir dessas técnicas médicas, começou-se a impor à gestante o modo como esta deveria conduzir o momento do parto, havendo uma dependência da gestante para com o especialista. Nesse sentido começaram a surgir ações que se contradiziam com a real conduta que deveria ser desenvolvida pelo médico ao intervir abusivamente sem o assentimento da gestante.

³ O termo doulas, segundo Souza e Dias (2010, p. 494) “A palavra ‘doula’ vem do grego, ‘mulher que serve’. Mundialmente este nome aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres, antes, durante e após o parto.”

1.1 Medicina e obstetrícia

Segundo Wolff e Waldow (2008, p.141), recorrendo a Bessa e Ferreira (1999), a técnica de integração da obstetrícia pelos médicos iniciou-se na Europa, nos séculos XVII e XVIII, expandindo-se ao Brasil a partir da criação de Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados do Rio de Janeiro e da Bahia no ano de 1808. Assim, eram chamados de médicos parteiros ou parteiros aqueles que praticassem essa atividade.

Conforme Gabriela Lemos de Pinho Zanardo et. al. (2017, p.3)

Até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres, realizado nas casas das famílias com o acompanhamento de parteiras [...]. No final do século XIX, inicia-se um processo de mudança por meio das tentativas de controle do evento biológico por parte da obstetrícia, que deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática médica [...]. O parto e o nascimento, que eram vistos como um evento fisiológico e feminino, começam a ser encarados como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção. Neste modelo tecnocrático, a mulher deixou de ser protagonista, cabendo ao médico a condução do processo [...]. A partir do século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos [...], chegando ao final do século a quase 90% deles sendo realizados em hospitais [...].

Destarte, a gravidez e o parto são acontecimentos significativos na vida das mulheres. Apesar de seu corpo estar planejado para a reprodução da espécie, desde o início dos tempos, os métodos e os costumes que abarcam o parto têm se modificado ao longo do tempo e nas diferentes culturas.

Ainda hoje, as práticas relativas ao parto variam muito nos diferentes países e nas diversas culturas. O mais interessante é que, em todas as culturas, as mulheres, durante o trabalho de parto, sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas que, a princípio, eram representantes do sexo feminino: parentes, amigas, parteiras e, posteriormente, no ambiente hospitalar, por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem (HELMAN, 2003).

Nesse limiar, o parto, até o século XVII era considerado uma questão voltada apenas para mulheres, sendo feito de forma caseira, com a presença de uma parteira experiente e, comumente, da mãe da parturiente. A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto (STORTI, 2004). Normalmente, “os médicos eram chamados apenas

ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas” (HELMAN, 2003, p. 159).

1.2 Conceitos de gestação, parto, pós-parto e puerpério

Inicialmente, cumpre evocar alguns conceitos básicos adscritos ao tema. De acordo com Emília de Carvalho Coutinho et. al. (2014) a gravidez é uma condição para a sobrevivência da vida humana, sendo imprescindível à renovação das gerações, representando o intervalo de constituição de um novo ser.

Este período da vida da mulher se desenrola por cerca de 40 semanas, e se encerra com o parto. Trata-se de um período em que ocorrem alterações profundas no que respeita ao estilo de vida, acarretando mudanças não apenas no aspecto de vida pessoal, mas também na vida do casal e de toda a família. É também uma etapa para se preparar física e psicologicamente para o nascimento e para a parentalidade.

Nesse sentido, após trazer à tona a noção de gravidez, faz-se necessário conceituar o desdobramento dessa condição ao término da gestação.

Para Eliana Aparecida Torrezan da Silva (2013) a gestação nada mais é que o período que antecede o parto. É uma etapa importante na vida da mulher e, momento de alterações tanto físicas, com relação ao seu corpo, quanto emocionais. Logo de início, a partir do descobrimento da gravidez, a mulher passa por diversos acompanhamentos com o objetivo de se ter uma gravidez saudável do início ao fim. Surge então o chamado pré-natal.

O pré-natal deve ser conceituado como atendimento multidisciplinar que objetiva a manutenção da integridade das condições de higiene fetal e cujos resultados devem ser avaliados em longo prazo, com a formação de elementos físicos e intelectualmente úteis à comunidade e ao país. A assistência pré-natal deve ter início em fase precoce, assim as medidas profiláticas podem ter alcance maior, e o tratamento de certas afecções pode ser efetuado antes de possível comprometimento do concepto. Até a trigésima semana de gestação, as consultas devem ser feitas com intervalos de quatro semanas, depois quinzenais, até a data provável do parto e semanais, se as condições assim o exigirem. Durante as consultas, pesquisam-se afecções orgânicas e distúrbios emocionais, orienta-se o preparo psicológico para o parto e instituem-se normas de higiene-dietéticas, realiza-se o preparo psicológico para o parto e inicia-se o tratamento para eventuais doenças intercorrentes. (SILVA, 2013, p. 209)

Assim, partimos para o conceito de parto normal, que segundo a cartilha “*Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada*” (PROGRAMA..., s.d., p. 6) trata-se de:

Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebê apresentam-se em boa condição. (grifo do autor)

Nessa seara, cumpre apontar ainda mais dois conceitos decorrentes da definição de parto normal, quais sejam: parto natural assistido e não assistido.

Definição de parto natural assistido – Parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido por profissional de saúde.

Definição de parto natural não assistido – Parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, não assistido por profissional de saúde. (PROGRAMA..., s.d., p. 6, grifo do autor).

Ainda nessa linha, de acordo com UNICEF (2017) o parto normal inicia-se de forma espontânea, ocorrendo o nascimento por via vaginal. É um processo que preza pelo momento certo do nascimento da criança e acontece da forma mais natural possível.

O parto normal traz para mulher vantagens como uma recuperação mais veloz e sem dores durante a recuperação. Permite interação total entre mãe e filho logo após seu nascimento. Reduz a transmissão de drogas ao bebê, uma vez que a mãe não recebe medicamentos nesse tipo de procedimento. Não submete a mulher a procedimentos desnecessários e é livre de cicatrizes.

Ainda segundo o UNICEF (2017) o parto normal traz vantagens ao bebê, pois, ao passar pelo canal vaginal melhora o sistema neurológico do recém-nascido e fortalece seu sistema imunológico. O tórax é comprimido, o que favorece a expulsão do líquido amniótico de seus pulmões, reduz em 20% o aparecimento de diabetes tipo I, em 16% o aparecimento de asma, o aparecimento de alergias e doenças autoimunes, entre outras.

Por outro lado, continua o UNICEF (2017), a cesariana é uma intervenção cirúrgica executada para retirar o feto quando existe alguma causa capaz de colocar em risco a saúde da mulher, do bebê ou de ambos os personagens desse evento.

A cesárea, dada uma situação de risco, traz como vantagem a possibilidade de salvar a vida da mulher, contudo, ela traz consequências que merecem ser mencionadas, tais como: dores durante o pós-parto e maiores riscos a infecção, risco de hemorragia e utilidade de transfusão de sangue, chance de cicatrizes, lesões de outros órgãos e aderências, maior tempo para que o útero volte ao seu tamanho normal, e maior período para se recuperar. Também ocorre chance de problemas renais, dificuldades para amamentação, risco de depressão pós-

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FRENTE À DIGNIDADE DA PARTURIENTE

parto, maior tempo de internação hospitalar, maior tempo de afastamento entre mãe e bebê logo após o parto o que acarreta maior dificuldade na formação do vínculo entre mãe e filho, alto risco de nova cesárea em futuras gestações, entre outras.

Já em relação ao bebê, em consonância com o UNICEF (2017), dada uma situação de risco, a cesariana pode salvar a vida do bebê. Todavia, não gozará dos benefícios do parto normal, uma vez que não passa pelo canal vaginal.

Por fim, há também o parto humanizado, que tem como objetivo primordial o respeito à mulher, como sendo protagonista desse processo e foco na saúde do bebê. Situações como permitir que a mulher participe das decisões que dizem respeito a si e ao seu bebê, colaboração entre os profissionais atuantes no parto, presença de um acompanhante de escolha da mulher e cuidados prestados pelos profissionais da saúde baseados em evidências científicas fazem com que o parto, bem como o nascimento seja considerado como sendo humanizado.

O Ministério da Saúde, por meio de seu “*Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada*” (BRASIL, 2005, p. 9) enfatiza que “[...] é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização.”

Nesse sentido, traz ainda um conceito direcionado a humanização do parto:

Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2005, p. 9)

Assim, o parto humanizado visa promover maior autonomia à mãe, respeitando seus direitos e garantias, priorizando seu bem-estar e o nascimento tranquilo de seu bebê.

Feitos esses breves comentários acerca da gestação e dos tipos de partos, faremos esclarecimentos sucintos relacionados ao término do parto, ou seja, o pós-parto.

Explicam Gonçalves e Hoga (2016) ser o período do pós-parto uma fase da vida na qual as mulheres suportam fortes mudanças corporais e também emocionais. São mudanças que acontecem em um lapso de tempo curto, devendo a mulher ser bastante informada sobre tais acontecimentos, para que assim possa observar e identificar, com facilidade e nitidez, o que é

esperado nesta fase. São exemplos dessas mudanças, sangramentos, alteração de peso, inchaços nos pés e pernas, dores nas costas, aumento das mamas, e etc.

Dito isto, cumpre clarear, por fim, a ideia de puerpério.

O puerpério é um período que se inicia após o parto, especialmente após a expulsão da placenta, e se encerra quando os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltam às condições anteriores à gestação, quando a mulher retoma a sua função reprodutiva. O puerpério é conhecido também como ‘resguardo’ e ‘quarentena’ – esta última pelo fato de o período puerperal durar cerca de 40 dias. (HOGA, 2016, p. 8).

Assim, verifica-se que após o nascimento do bebê a mulher enfrenta momentos desafiadores no que tange ao processo de recuperação para se restabelecer, tanto física como psicologicamente, necessitando de cuidados e atenção.

1.3 Notas introdutórias sobre a violência

Barboza e Mota (2016) recorrendo a Marilena Chauí conceitua violência como “a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica com o objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade, comunicação e ação livres impedidas ou anuladas”.

Silva (2007) ao tratar da violência, também usa como referência a filósofa Marilena Chauí que afirma que o termo deriva do latim *vis*, que significa força. Está ligado a conceitos como desnaturar, torturar, constranger, brutalizar, coagir, etc. Acrescentando ainda que pode estar relacionado a brutalidade e, ao processo intersubjetivo de opressão e intimidação, também afetando as esferas físicas, psíquicas e sociais.

Toledo e Sabroza (2013) contextualizam a violência como fenômeno multidimensional, caracterizando-se por ser um fato humano e social, histórico, que abrange todos os segmentos e classes sociais, intrínseca ao ser humano. Por esse motivo, ela é produto e produtora dos processos sociais. É passível de mudanças por meio de práticas, ações, discursos entre outros, podendo ser superada.

Toledo e Sabroza (2013) continuam a discussão sobre violência elencando uma gama de tipologias, para o trabalho nos interessa apenas as seguintes: institucional, física, sexual, psicológica, moral, negligência.

A violência institucional se caracteriza por ocorrer dentro de instituições, através dos ritos, regras e burocracias, visando negligenciar a oferta de serviços ou reproduzindo os outros

tipos de violência no ambiente. Já a violência física caracteriza-se pelo uso da força para produzir traumas, ferimentos, incapacidades, dores, e lesões em outrem. Ocorre em todos os tipos de ambiente, tais como, familiar, ambiente de trabalho, acadêmico e institucional. Enquanto que a violência sexual é definida, para Toledo e Sabroza (2013) como um ato ou um jogo que visa estimular e/ou utilizar a outra pessoa no intuito de alcançar satisfação sexual, erótica, através do uso da violência física ou ameaça. E, a violência psicológica é um processo que objetiva, por meio de agressões verbais e gestuais, humilhar, amedrontar, aterrorizar, causar desconforto à vítima, restringindo e/ou isolando-a da sociedade.

Por último, a negligência pode ser visualizada pela falta de atendimento, recusa ou ausência para aquele que deveria receber cuidados e atendimento, podendo ocorrer mesmo quando há disponibilidade de recursos. Ocorre tanto em ambientes domésticos, entre outros.

1.4 Violência obstétrica

Hodiernamente, segundo Pulhez (2013, p.1, apud. RODBARD, 2015, p. 13), a prática exagerada de lidar com a gestante nos ambientes hospitalares no instante do parto tem o condão de ostentar o vocábulo violência obstétrica, que foi utilizada pela primeira vez no meio acadêmico pelo Dr. Rogélio Pérez D'Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela.

Diante disso, Gabriela Lemos de Pinho Zanardo et. al. (2017), conceituam:

[...] a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto [...]

Desse modo, a violência obstétrica é o tratamento desumanizado ao longo da gestação, parto e pós-parto ocasionando a diminuição ou até mesmo a aniquilação da autonomia da mulher. Ainda nessa toada, Andrade (2014, p. 1, apud. RODBARD, 2015, p. 13-14) conceitua:

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres exprimidos através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

Segundo aponta a Cartilha elaborada pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, a violência obstétrica:

[...] caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (SÃO PAULO, 2013)

De acordo ainda com a Cartilha, esse tipo de violência durante a gestação pode se caracterizar por:

- Negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;
- Comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;
- Ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família;
- Negligenciar o atendimento de qualidade;
- Agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo aos interesses e conveniência do médico. (SÃO PAULO, 2013)

A Cartilha traz ainda exemplos de mitos comumente ditos às mulheres para justificar cesarianas sem indicação clínica, tais como:

Bebê muito grande, muito pequeno ou 'passando da hora', mulher com baixa estatura, ou quadril estreito ('não tem passagem'), cordão enrolado no pescoço, pé do bebê 'preso na costela' da mãe, pouco líquido amniótico, mulher que apresenta cesariana anterior, deficiência ou mobilidade reduzida, falta de contrações ou dilatação (fora do trabalho de parto), hemorróidas, hepatite, cardiopatia, etc. (SÃO PAULO, 2013)

Países como a Argentina e Venezuela já reconhecem a violência obstétrica como crime (SOUZA, 2018). No entanto, o Brasil ainda não adota tal postura, o que conseqüentemente faz com que essa prática seja cada vez mais naturalizada dentro de diversos hospitais e clínicas médicas tanto da rede pública como da rede privada de saúde.

Contudo, existe em tramitação um Projeto de Lei no Congresso Nacional brasileiro, PL n. 2082 de 2022, que torna crime com pena de detenção variante entre três meses a um ano de detenção, havendo a qualificadora para vítimas menores de dezoito anos ou com idade superior a quarenta anos, chegando a pena a ser de reclusão de dois anos.

Destarte, a violência obstétrica se manifesta a partir de simples gestos que podem ocorrer durante o atendimento no início da gestação, como o tratamento grosseiro, reprimendas, discriminação social e pode evoluir até o momento do parto, perpetuando-se até o pós-parto com gritos, toques sem qualquer tipo de comunicação à parturiente, corte na vagina sem autorização ou sequer prévia comunicação, até mesmo a própria cesárea desnecessária, feita apenas por mero desleixo médico, reduzindo por completo a autonomia da mulher e fazendo com que esta e seu filho sejam meros figurantes em uma situação em que deveriam ser protagonistas.

1.5 Violência obstétrica e direitos humanos

Durante séculos as mulheres foram consideradas seres frágeis e deveriam ser submissas às ordens de seus pais e maridos, situação que possuía respaldo inclusive por legislações da época, a exemplo do Código Civil de 1916 (BRASIL, 1916). Enfim, uma sociedade que tinha as mesmas como subordinadas, as vaidades dos homens, de seu poder.

Desta forma, verificamos que as mulheres hodiernamente necessitam ter seus desejos e preferências respeitados, pautando-se no princípio da autonomia, pois há séculos vêm buscando em nossa sociedade o respeito de uma forma geral e ampla, e acima de tudo, o respeito ao seu corpo.

Nessa toada, necessário se faz trazer à baila a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) no dia 10 de dezembro de 1948. Ela nos traz em seu artigo I o seguinte: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação aos outros com espírito de fraternidade.” (UNICEF, 1948). Desse modo, é possível notar o intento do legislador em equilibrar homens e mulheres a um só nível no concernente à liberdade, igualdade e direitos.

Já em seu artigo III prega que “Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.” (UNICEF, 1948). Tratam-se dos direitos mais básicos assegurados aos seres humanos, e que ainda hoje faz-se necessário reiterar sua importância e existência, pois, por vezes ainda são constantemente violados. E ainda em seu artigo V preconiza que “Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.” (UNICEF, 1948)

Os direitos instituídos nesse diploma visam garantir direitos basilares aos seres humanos como liberdade, vida, segurança pessoal, bem como a garantia de sua integridade física, em outras palavras, respeito também ao corpo feminino. Nesse sentido, o Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM, 2018)

[...] é uma rede feminista que trabalha para contribuir à plena vigência dos direitos das mulheres na América Latina e Caribe, utilizando o direito como um instrumento de mudança. Conta com status consultivo na Categoria II perante as Nações Unidas desde 1995 e goza de reconhecimento para participar nas atividades da OEA desde 2002.

O CLADEM propõe a proteção voltada a direitos sexuais e reprodutivos, como se vê em alguns de seus artigos:

[...] III. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Artigo 10

Todos os seres humanos têm direito à autonomia e à autodeterminação no exercício da sexualidade, que inclui o direito ao prazer físico, sexual e emocional, o direito à liberdade na orientação sexual, o direito à informação e educação sobre a sexualidade e o direito à atenção da saúde sexual e reprodutiva para a manutenção do bem-estar físico, mental e social.

Artigo 11

1. Mulheres e homens têm o direito de decidir sobre sua vida reprodutiva de maneira livre e de exercer o controle voluntário e seguro de sua fertilidade, livres de discriminação, coerção e/ou violência, assim como o direito de desfrutar dos níveis mais altos de saúde sexual e reprodutiva.

2. As mulheres têm direito à autonomia na decisão reprodutiva, a qual inclui o acesso ao aborto seguro e legal. (CLADEM, 1998, grifo nosso).

Sabe-se que a violência contra a mulher não é uma temática nova. Há muito tempo que em nosso país as mulheres enfrentam uma séria onda de violação de direitos, todavia estamos tratando aqui a questão da violência na saúde, que só começa a ter relevância acadêmica e legal a partir da segunda metade do século XX, com o advento da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), com a Lei do SUS (BRASIL, 1990) e também com algumas legislações sancionadas no início do século XXI, como a da HumanizaSUS (BRASIL, 2003).

Observa-se que com a nova Constituição, que tem um viés mais humanista e igualitário, se fala em direitos iguais. Assim sendo, nenhuma distinção pode ser estabelecida, continua tratando, sobre a não obrigação senão em virtude de lei, e principalmente, que ninguém no Estado brasileiro pode ser submetido à tortura ou tratamento desumano. Este último aspecto, fortemente influenciado pela Convenção Internacional Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes (BRASIL, 1991) convencionada em 1984.

Faz-se mister estabelecer uma clara ligação entre os tratamentos desumanos ou degradantes, em relação ao tema do presente trabalho, que busca ressaltar a importância de se debater a violência obstétrica ao qual a mulher é submetida diariamente em nosso país e que infelizmente ainda não possui um reconhecimento legal, a ponto de tipificar tal prática como crime, e desta forma punir os praticantes desta.

Das violências mencionadas, a violência física talvez seja a que mais fácil se caracteriza, demonstrando um problema grave de estrutura e preparo dos profissionais de saúde, apresentando ainda uma problemática maior, quando pensamos na despersonalização da mulher, e na subjugação do corpo feminino e de suas escolhas.

Os processos decorrentes da violência obstétrica se caracterizam fortemente pelo trauma adquirido durante a experiência de ser mãe, algo que muitas vezes resulta na não aceitação do próprio corpo em virtude das cicatrizes trazidas pela violência física. Neste sentido Barboza e Mota (2016, p.2) dizem que “a violência vivenciada pelas mulheres se expressa em diversos espaços sociais, de formas distintas e provoca importante sofrimento psíquico que ainda é pouco valorizado pelos serviços de saúde.”

Aliás, o problema da naturalização da violência contra a mulher, não apenas no âmbito do atendimento de saúde, não é novo, sendo inclusive analisado por Heleith Saffioti (2001), que discorre que a violência sofrida pela mulher é decorrente principalmente da naturalização das posições sociais que acabam por criar uma submissão da figura do feminino ao homem e reflete em uma violência “institucionalizada” já arraigada ao pensamento comum.

Nesta senda, com a naturalização das posições sociais, infelizmente ainda se caracteriza fortemente a presença de homens em decisões concernentes às mulheres, causando uma indiferença estatal sobre os temas de saúde pública, seja nas casas legislativas, ou até mesmo no atendimento feito pelos médicos.

Esta naturalização de um processo histórico também se reflete em outro tipo de violência aqui destacado, a violência moral, haja vista a irrelevância dada à opinião feminina em seu próprio atendimento e também às suas escolhas quanto aos procedimentos que elas queiram que sejam tomados e os que seriam mais vantajosos à sua própria saúde. Desta maneira, evidencia-se um problema não apenas de saúde, mas também uma problemática jurídica, dada à despersonalização da vítima em que suas escolhas não possuem qualquer peso ou relevância.

Nesse sentido, é importante destacarmos então e trazer ao nosso estudo os artigos 2º e 3º da Lei 11.340/2006, *in verbis*:

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º O poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 2º Cabe à família, à sociedade e ao poder público criar as condições necessárias para o efetivo exercício dos direitos enunciados no caput. (BRASIL, 2006)

A lei, claramente trata de discorrer sobre os direitos das mulheres, buscando assegurar-lhes todos os direitos e garantias já trazidas no texto constitucional, assim sendo, busca uma verdadeira efetivação diante da ineficiência da lei maior.

1.6 O SUS e o atendimento humanizado

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) tem um capítulo próprio conferido à saúde, que se inicia no Art. 196 indo até o Art. 199, a qual garante a saúde como um direito inerente a todos e dever do Estado, e ainda, as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, a liberdade de promover a saúde por parte da iniciativa privada.

Nesse sentido, criou-se a Lei 8.080, mais conhecida como Lei do SUS, publicada em 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), englobando toda a temática disposta na Constituição Federal em um único diploma trazendo em seu corpo objetivos, atribuições, princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde.

No tocante aos princípios, tem-se que a todas as pessoas é dado acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, de forma integral, com vistas a preservar a autonomia do usuário, garantir o direito à informação no que concerne à sua saúde e igualdade de assistência à saúde livre de quaisquer formas de preconceito ou privilégios de qualquer tipo.

No que se refere ao direito ao acompanhante, a Lei nº 11.108, de 2005 incluiu à Lei do SUS o Artigo 19-J, o qual garante no capítulo referente ao acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o direito a presença de um acompanhante à parturiente de sua livre escolha, *in verbis*:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato § 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. § 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. § 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo. (BRASIL, 2005)

Em síntese, a atual alteração tem por escopo garantir o bem-estar da parturiente como forma de amenizar todo o constrangimento decorrente do processo do parto, acolhendo a mulher e promovendo seu conforto.

1.7 Parto humanizado

O parto humanizado tem como proposta primordial humanizar a forma de nascer, reduzindo as intervenções feitas no decorrer do processo, dando acolhimento de forma integral e significativa à mulher de modo que ela tenha efetivamente participação ativa durante o nascimento de seu filho, transformando essa experiência num acontecimento agradável e digno de boas recordações.

Segundo Mônica Bara Maia (2010, p. 42),

O conceito de humanização é amplo e polissêmico, e envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal [...]. O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, na assistência ao parto, na maioria das vezes segurança e expectância são uma e a mesma coisa, sendo o modelo tecnocrático muito mais ritualístico do que científico.

Assim, nota-se que o parto humanizado pode se traduzir em diversas práticas, bem como, atitudes evidenciadas no decorrer do processo da maternidade.

Em suma, para Maia (2010), o vocábulo humanização do parto diz respeito a uma variação de interpretações e a um conjunto vasto de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao dia-a-dia dos serviços de saúde conceitos inovadores e desafiadores. Humanização

é igualmente uma palavra estratégica, parcamente acusatória, para dialogar com os profissionais da área sobre tal violência institucionalizada. Nesse sentido,

As propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento. (MAIA, 2010, p. 635)

Desse modo, a humanização do parto se mostra como uma forma mais humana de enxergar a experiência do nascimento, como um experimento acolhedor, sem intervenções desnecessárias, com informação acerca dos procedimentos que serão feitos tanto para a mulher como para seu acompanhante, sem técnicas não autorizadas, enfim, como um evento pautado no sentimento de humanizar modificando a cultura intervencionista institucionalizada nesses ambientes, oportunizando a mulher autonomia e maior participação em seu parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o apresentado neste capítulo de livro, verifica-se que a violência obstétrica institucionalizou-se após a intervenção de médicos no processo parto, persistindo até os dias de hoje. Onde, foi possível perceber através da pesquisa que essa modalidade de violência pode ocorrer às claras, mas comumente acontece de forma silenciosa, tanto em ambientes da esfera pública, como da esfera privada. Podendo ser manifestada não só por médicos obstetras, mas igualmente por toda a equipe hospitalar que assiste a mulher enquanto dá a luz.

Assim, a presente pesquisa revela que o tema necessita ser mais propagado, no intuito de desmistificar o assunto para com aquelas mulheres que têm conhecimento insuficiente acerca do tema. Desconstruir a cultura enraizada posta na sociedade de que a cesárea é melhor, pois “[...] *Cortô, cabô. É isso.*” e que a violência tem se feito presente durante o processo do parto. Desinstitucionalizar a violência obstétrica nos ambientes hospitalares, sejam públicos ou particulares. Incentivar a humanização do parto, objetivando o bem-estar e autonomia da mulher, para que a experiência do parto não seja mais vista como um evento traumático, onde a dor e o sofrimento fazem morada.

É importante pontuar também que, muito embora a violência obstétrica não possua tipificação legal, ainda, na legislação penal brasileira, seu desdobramento fere dispositivos já

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FRENTE À DIGNIDADE DA PARTURIENTE

tipificados nacionalmente, e até mesmo em âmbito internacional como apresentado anteriormente. O que denota que tal fato ocorre não por omissão legislativa, mas sim pela falha no cumprimento de instrumentos normativos já existentes.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Marly E. D. A; LUDKE, Menga. **Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso.** EPU, Rio de Janeiro. 2ª ed. 2013.

BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, vol. 5 n. 1, Salvador, 2016.

BRASIL. Organização das Nações Unidas. **Parteiras podem prestar 87% dos cuidados precisos por mães e bebês.** 2018. Disponível em:

<https://news.un.org/pt/story/2018/05/1621732>. Acesso em: 24 de set. 2023.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988.** Promulgada em 5 de setembro de 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 31 de set. 2023.

BRASIL. Decreto Nº 40, De 15 De Fevereiro De 1991. **Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes.** 1991.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CcIVIL_03/decreto/1990-1994/D0040.htm. Acesso em: 31 de set. 2023.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. **Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 02 de set. de 2023.

BRASIL. Lei Nº 8.080, De 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 31 de set. 2023.

BRASIL. Lei Nº 11.340, De 7 De Agosto De 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de**

Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 2 set. 2023.

BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 De Abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 04 de set. de 2023.

BRASIL. Legislação Informatizada - Lei Nº 3.071, de 1º de Janeiro de 1916 - Publicação Original. **Código Civil dos Estados Unidos do Brasil.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1910-1919/lei-3071-1-janeiro-1916-397989-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 29 de agost. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 03 de out. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS).** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 31 de set. de 2023.

BRASIL. **Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país.** Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. **Portaria Nº 1.459, De 24 De Junho De 2011.** Institui, No Âmbito Do Sistema Único De Saúde - Sus - A Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. **Taxas Partos Cesáreos Brasil 2015.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/2-a-ans-2/3323-taxas-partos-cesareos-brasil-2015?highlight=WzQxMDYzMI0=>. Acesso em: 31 set. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna.** 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 05 de set. de 2023.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991, p. 135-149.

CARVALHO, L. C. V. **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto**. Mestrado Em Enfermagem De Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Porto, 2014.

CIDH. **Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir E Erradicar A Violência Contra A Mulher, “Convenção De Belém Do Pará”**. 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso em: 02 de set. de 2023.

CLADEM. **Declaração dos direitos humanos desde uma perspectiva de gênero**. 1998. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/cladem.htm>. Acesso em: 4 set. 2023.

CRM-ES. **A percepção dos brasileiros sobre a saúde e o SUS**. Disponível em: http://www.crmes.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21208:a-percepcao-dos-brasileiros-sobre-a-saude-e-o-sus&catid=3:noticias&Itemid=462. Acesso em: 29 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM define critérios para realização de parto cesariano**. s.d. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26247:2016-06-20-16-06-10&catid=3. Acesso em: 04 de set. de 2023.

_____. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área da saúde**. 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>. Acesso em: 29 de set. de 2023.

COUTINHO, E. de C. et. al. Gravidez e parto: o que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Rev Esc Enferm USP**; 48(Esp2), 2014, p.17-24.

GONÇALVES, B. G.; HOGA, L. A. K. **Tempo de amor e adaptação: promoção da saúde da mulher no pós-parto e do recém-nascido**. 1ª edição. EEUSP São Paulo, 2016. Disponível em: http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha_puerperio.pdf . Acesso em: 03 de out. de 2023.

GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. / Organizado por Karen. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

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

STEFANINI, M.; ARIAS, L.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 2009. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 29 de agost. de 2023.

ONU. **UNICEF alerta sobre alto percentual de cesarianas no Brasil**, 2011. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-sobre-alto-percentual-de-cesarianas-no-brasil/>. Acesso em: 24 de set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS: resultados globais sobre progressos das metas de saúde são mistos**. s.d. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2015/05/1512011-oms-resultados-globais-sobre-progressos-das-metas-de-saude-sao-mistos>. Acesso em: 24 de set. de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas**. s.d. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=B0A45CA3E10CA23069D69A0AE95DFE5B?sequence=3. Acesso em: 28 de agost. de 2023.

PULHEZ, M. M. A **“violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf. Acesso em: 03 de out. de 2023.

REZENDE, C. N. D. V. de. **Violência obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil**. Monografia (graduação em Direito), Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2014.

RODBARD, A. C. **A violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro**. Trabalho de Conclusão de Curso (Direito) Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná, 2015.

SÃO PAULO. Defensoria Pública. **Violência obstétrica você sabe o que é?** 2013. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 20 de set. de 2023.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 2001. (Coleção polêmica).

SILVA, E. A. T. da. **Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. O Mundo da Saúde**, São Paulo, 37(2), 2013, p. 208-215.

SILVA, H. C. da. **Políticas públicas para o idoso: marcos referenciais no trato da violência no município de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

SOUZA, L. M. da S. **Violência Obstétrica: Noções gerais de Violência Obstétrica**. Jusbrasil, 2018. Disponível em:
<https://lennonmarcus.jusbrasil.com.br/artigos/566660785/violencia-obstetrica>. Acesso em: 07 de set. de 2023.

TEIXEIRA, K. de C.; BASTOS, R. Humanização do Parto. **IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE; III Encontro Brasileiro de Psicopedagogia**, 2009. Disponível em:
http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/2809_1187.pdf. Acesso em: 05 set. 2023.

TOLEDO, L. M. de; SABROZA, P. C. **Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde**. Caderno Nº 3. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

UNA-SUS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em:
<https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>. Acesso em: 05 set. 2023.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em:
https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm. Acesso em: 24 de set. 2023.

_____. **Quem espera espera**. Fundo das Nações Unidas para a Infância. 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf. Acesso em: 31 set. 2023.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, 2017, p. 1-11.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 3, 2008, p. 138-151.