



**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE ACERCA DA VIOLAÇÃO DOS
DIREITOS DAS MULHERES**

*OBSTETRIC VIOLENCE: AN ANALYSIS OF THE VIOLATION OF WOMEN'S
RIGHTS*

*Delvan Alves dos Santos¹
Oldemar Vieira dos Passos Júnior²
Heidy Cristina Boaventura Siqueira (Orientadora)³*

Resumo: Este trabalho tem o objetivo de realizar um levantamento acerca da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro; elencar os principais aspectos conceituais conforme às Convenções Internacionais das quais o Brasil é signatário; e discorrer acerca das implicações da violência obstétrica sobre os direitos das gestantes, e como a existência desta violência afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana, elencado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988). A legislação vigente no Brasil é omissa em relação a violência obstétrica e a conduta sequer é tipificada no Código Penal brasileiro. Desta forma, a violência obstétrica constitui-se em sérias lesões aos direitos da mulher, originada em condutas consideradas comuns pela maioria dos profissionais de saúde, e até mesmo pelas próprias vítimas. A metodologia utilizada neste trabalho para alcançar a finalidade pretendida baseia-se em pesquisas bibliográficas, revisão de literatura, contendo textos descritivos, mostrando a real finalidade deste projeto apontando a problemática da pesquisa, a falta de normas jurídicas que regulamentam o assunto, bem como a pesquisa documental, com fundamento na legislação e jurisprudência pátrias. O desenvolvimento deste trabalho permitiu constatar que a violência obstétrica, perpetrada pelos profissionais de saúde por diversas formas durante o parto, configuram violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres contrariando as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente e preconizados na CRFB/1988 e não podem permanecer sem tipificação clara.

Palavras-chave: violência obstétrica; parto; dignidade da pessoa humana; Direito Penal.

Abstract: This work aims to carry out a survey on obstetric violence in the Brazilian legal system; list the main conceptual aspects in accordance with the International Conventions to which Brazil is a signatory; and discuss the implications of obstetric violence on the rights of pregnant women, and how the existence of this violence violates the principle of human dignity, listed in the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 (CRFB/1988). The legislation in force in Brazil is silent in relation to obstetric violence and the conduct is not even typified in the Brazilian Penal Code. In this way, obstetric

¹ Discente do Curso de Direito da Faculdade de Desenvolvimento do Norte – FADENORTE.

² Discente do Curso de Direito da Faculdade de Desenvolvimento do Norte – FADENORTE.

³ Docente do Curso de Direito da Faculdade de Desenvolvimento do Norte – FADENORTE.

violence constitutes serious harm to women's rights, originating in conduct considered common by most health professionals, and even by the victims themselves. The methodology used in this work to achieve the intended purpose is based on bibliographical research, literature review, containing descriptive texts, showing the real purpose of this project, pointing out the problems of the research, the lack of legal standards that regulate the subject, as well as the research documentary, based on national legislation and jurisprudence. The development of this work made it possible to verify that obstetric violence, perpetrated by health professionals in different ways during childbirth, constitutes a violation of women's fundamental human rights, contrary to the norms and principles of human rights adopted internationally and recommended in the CRFB/1988 and cannot remain without clear typification.

Keywords: obstetric violence; childbirth; dignity of human person; Criminal Law.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são momentos significativos na vida das famílias e, segundo a CRFB/1988, a família é a base da sociedade, com especial proteção do Estado. A gravidez faz parte do planejamento familiar e sendo assim, faz-se necessário destacar que dados da pesquisa do Governo Federal de 2021 demonstram que desde a década de 1960, o número médio de filhos por mulher vem se reduzindo no Brasil. A diminuição das taxas de fecundidade está ligada ao nível de escolaridade da mulher, à jornada de trabalho e também ao planejamento familiar.

Nesse sentido, por ocuparem uma grande parcela do mercado de trabalho atualmente, as mulheres muitas vezes possuem várias jornadas de trabalho, o que pode ser fator gerador de estresse e ansiedade, potencializados durante o período de gestação em razão das alterações biológicas e psicológicas, culminando com o momento parto (Maldonado, 2002). Fato que pode ser agravado face à violência obstétrica, que pode ser entendida como uma violação da dignidade humana, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante a gravidez, podendo ocorrer antes do parto, durante o parto, ou ainda no pós-parto, assim como em casos de aborto.

A violência obstétrica pode ocorrer de inúmeras formas, desde a recusa no atendimento por parte das instituições de saúde, passando pela imposição de tratamentos desnecessários, negligência em relação a um tratamento de qualidade, ofensas e humilhações direcionados a gestante, comentários discriminatórios relativos à raça, etnia, situação econômica ou sua religião, realização de cesarianas desnecessárias até a recusa à gestante da presença de um acompanhante. Considera-se também como violência obstétrica se o profissional da área da saúde negar ou demorar o atendimento a parturiente

em situações de abortamento, questionando as razões do abortamento, acusar ou culpar a mulher.

Durante a gravidez e o parto, a mulher é quem deve ter autonomia para as tomadas de decisões relacionadas aos procedimentais. Entretanto, elas são relegadas a posições de passividade, sem ao menos serem ouvidas a respeito de seus interesses, e muitas vezes, tendo seus direitos violados, face a produção e imposição dos saberes médicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência enquanto “a imposição de dor e sofrimento evitáveis”. Outra definição, é oferecida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como “Convenção de Belém do Pará” realizada em 1994, segundo a qual: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

Em alguns países a violência obstétrica já é reconhecida como uma forma de violência, dessa forma passou a ser considerada como crime, cita-se Argentina e Venezuela.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada quatro mulheres já sofreram violência obstétrica no Brasil.

2 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A gravidez e o parto saíram da seara familiar para se tornar uma prática padronizada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas. Neste contexto, o modelo de humanização do parto questiona o uso inadequada das práticas nos hospitais. A medicalização da gestação, do parto e pós-parto, em pouco mais de um século, passaram a ser objetos do conhecimento e da prática médica.

E é nesse contexto que surge a violência obstétrica, tornando-se um tema relevante nos últimos anos, passando a ser discutida como uma das formas de violência cometidas na área da saúde, sendo abordado também a partir de outras denominações, tais como assistência desumana, violência institucional de gênero no parto (Diniz, *et al.*, 2015).

Segundo Kondo e Werner (2016), a violência obstétrica pode ser entendida como o crime cometido durante a assistência pré-natal, o parto, o pós-parto ou na possibilidade de aborto, sendo condicionada por diversas ações ou várias formas de discriminação. Essa

definição deixa claro o momento de fragilidade física e emocional da vítima, muitas vezes impossibilitada de tomar decisões e submetida aos procedimentos médicos apresentados.

Nesse contexto os dados são alarmantes, uma em cada quatro mulheres já sofreu violência obstétrica no Brasil, segundo dados da Fundação Perseu Abramo (2010). A pesquisa intitulada *Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado*, realizada em 2010 pela mesma instituição, mostra que os tipos mais comuns de violência durante o parto são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e negligência.

Não obstante, a pesquisa *Nascer no Brasil*, da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), realizada nos anos de 2011 e 2012, que ouviu quase 24.000 mulheres, revelou que uma média de 45% das mulheres atendidas no SUS, sofreram violência obstétrica e nos hospitais particulares a taxa é um pouco menor, ficando em torno de 30%.

Em 2014 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a Declaração para Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos Durante o Parto (OMS, 2014), nesse documento reconhece a existência de práticas violentas voltadas as mulheres durante a gravidez, e principalmente, no momento do parto. Considera essas práticas uma violação aos direitos básicos das mulheres:

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

A violência descrita pela OMS foi considerada especificamente enquanto uma forma de apropriação corporal e reprodutiva da mulher, realizada por profissionais de saúde, manifesto por meio de tratamento desumanizado, excessos de medicação, patologização dos processos naturais, reduzindo suas decisões sobre seu próprio corpo e sexualidade, reduzindo a participação da gestante na dinâmica do parto, afetando sua qualidade de vida, segundo o Conselho Nacional da Saúde (CNS, 2019).

O comportamento violento praticado por alguns profissionais de saúde, são muitas vezes de conhecimento das instituições hospitalares que não se importam em coibir tais abusos, pois muitos acontecem visando um atendimento mais rápido ou mais rentável para essas instituições. Desta forma, os interesses do profissional de saúde ou da instituição são colocados acima dos direitos da paciente, gerando enormes danos as vítimas.

Consequentemente, as práticas violentas em um momento de enorme fragilidade da mulher acarretam severas implicações, promovendo danos à saúde física e mental. Observa-se também um elevado número relacionado a mortalidade e a morbidade maternas, repercutindo diretamente na atenção proporcionada à gestante e na qualidade da saúde pública ofertada, conforme elenca a OMS (2014).

O Ministério da Saúde iniciou no ano de 2011, juntamente com diversos setores, um movimento em defesa das mulheres e do parto humanizado, promovendo o processo fisiológico da mulher com a proporcional diminuição da intervenção médica, cabe ressaltar que os conhecimentos médicos e tecnológicos não foram abolidos, apenas regulados para que não sejam utilizados de forma indiscriminada, implementando uma série de mudanças cujo projeto foi batizado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes”. A CRFB/1988 garante às mulheres os mesmos direitos e deveres dados ao homem, contudo, embora ocupe atualmente um grande espaço dentro da sociedade, a mulher ainda é vítima de inúmeras modalidades de violência, muitas delas ainda sem o devido amparo legal.

3. AS PRINCIPAIS VIOLÊNCIAS RELATADAS PELAS MULHERES

3.1 Proibição do Acompanhante

A garantia do acompanhante conforme a livre escolha da mulher encontra respaldo na Lei nº. 11.108/2005 e na RDC nº 38/2008 da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em caso de gravidez na adolescência tem-se ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente afim de assegurar a presença de um responsável para acompanhar o parto, independentemente da modalidade escolhida, garantia que se estende a recuperação da cirurgia cesariana, como também nos casos de aborto espontâneo ou provocado e os respectivos procedimentos.

Contudo, embora haja uma legislação específica, ocorre com frequência o desrespeito a esse direito, tanto em hospitais públicos, quanto privados. O descumprimento da legislação ocorre quando a escolha da mulher é restrita, muitas vezes permitindo apenas o acesso do pai, restrição de tempo de permanência do acompanhante, restrição quanto as características da instituição, alegando que tais são restritas ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou aos hospitais privados. Existe ainda a restrição quanto ao tipo

de parto, seja cesariana ou curetagem pós aborto, e ainda a cobrança de valores para realização do acompanhamento.

Cabe ressaltar que a Lei nº 11.108/2005 instituiu o direito da mulher ao acompanhante, mas não definiu punições aos profissionais ou instituições. Dessa forma, embora já decorridos dezoito anos da vigência dessa Lei, percebe-se que a restrição ao acompanhante continua a ser praticada, em alguns estabelecimentos, conforme Recurso Inominado a seguir:

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

Além da Lei nº 11.108/2005 em plena vigência, ser ignorada por algumas instituições e profissionais, esses profissionais muitas vezes se colocam em uma relação

hierárquica em relação a paciente, não lhe dando opções quanto à procedimentos e obrigando-a a se sujeitar às condições impostas.

3.2 Restrição da Escolha do Local de Parto

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), maternidades e hospitais especializados são os locais mais seguros para a realização do parto. O Sistema Único de Saúde assegura que “é direito da mulher definir durante o pré-natal o local onde ocorrerá o parto”. Entretanto, na própria Rede de Saúde Pública não existe uma real possibilidade de escolha efetiva pela gestante, muitas vezes exigindo-se uma peregrinação em busca de vagas, sendo uma das principais causas de mortalidade materna e fetal. Muitas maternidades orientam seus funcionários, ou fazem uma ampla divulgação, informando não haver vagas disponíveis, atitude que fomenta a citada peregrinação e busca isentar a instituição e seus profissionais de realizarem a devida pesquisa de vagas e encaminhamento da gestante.

3.2 Episiotomia de Rotina

A episiotomia é um procedimento que em casos específicos faz parte das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). O procedimento consiste em um corte cirúrgico realizado entre a vulva e o períneo, muitas vezes sem anestesia, sem informação ou consentimento da mulher. Cabe destacar que essa é a única cirurgia realizada no Brasil sem a clara descrição acerca de sua necessidade, riscos, possíveis sequelas, ou diálogo sobre as alternativas possíveis. Dessa forma, este procedimento contraria os princípios da medicina baseada em evidências, sendo bastante polêmico e cuja extinção é defendida por muitos profissionais em razão da sua falta de respaldo científico. Em se tratando dos partos normais realizados no Brasil, não há registro oficial do número de procedimentos cirúrgicos realizados.

Nesse sentido, precisa-se destacar que a episiotomia afeta várias estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, sendo estes responsáveis pela sustentação de diversos órgãos, provocando posteriores incontinência urinária ou fecal, muitas pacientes submetidas ao procedimento relataram que além de danos estéticos também sofrem dor no local da cirurgia, fato que acarreta danos corporais e psicológicos, e a conseqüente perda de qualidade de vida.

Os médicos realizam muitas vezes a episiotomia de rotina sob o pretexto de que a sua ausência poderá acarretar lacerações graves na região genital, fato que não possui base científica.

3.3 Exames de Toque e Aceleração do Parto

No decorrer do trabalho de parto deve ser realizado o procedimento de verificação do colo do útero, popularmente conhecido como exame do toque. Entretanto, existem relatos de profissionais realizando o exame repetidas vezes na mesma mulher, sem a devida explicação de sua finalidade. Durante o exame de toque, são inúmeras vezes realizadas as práticas de “dilatação manual” ou “redução manual” que tem por finalidade acelerar o procedimento parto. O exame do toque é realizado, na maioria das vezes, sem o consentimento ou discussão acerca de sua finalidade, visando apenas para acelerar o trabalho de parto. Cabe destacar que tal procedimento pode ser prejudicial tanto para a gestante quanto para o bebê, podendo ocasionar sofrimento fetal, lesões ou óbito. O uso dessa prática violenta pode resultar em uma cesárea de urgência. Este procedimento, embora realizado com frequência nas maternidades brasileiras, não é devidamente registrado nos prontuários médicos devido a ser proibido Organização Mundial da Saúde (OMS).

Outro procedimento proibido caracteriza-se por um profissional da saúde subir em cima da barriga da mulher e realizar a compressão de seu ventre, utilizando o peso do próprio corpo, o objetivo é que a criança “desça” rapidamente. Existem diversos estudos que definem as complicações relativas a esse procedimento, como traumas, lesões das vísceras abdominais e no útero e descolamento da placenta.

3.4 Atendimento Desumanizado e Degradante

A sexualidade e a gestação são muitas vezes punidas nas maternidades na forma de críticas, culpabilização e tratamento hostil, sendo esse tratamento degradante bastante naturalizado, e aceito por muitas mulheres. Os atendimentos humanizados são descritos enquanto “assistências de sorte”, comprovando que o atendimento de qualidade não é considerado o padrão oferecido na rede hospitalar, principalmente no sistema público. As principais vítimas desse crime são as mulheres de regiões de menor poder econômico, possuem menor escolaridade, não possuem a clara percepção de que sofreram violações

de seus direitos fundamentais, sendo os maus tratos naturalizados pois as outras mulheres, amigas e conhecidas, relatam situações parecidas nos partos anteriores.

Nesse sentido, os profissionais que realizam o atendimento frequentemente culpabilizam as mulheres por estarem atuando de forma errada durante o procedimento, desta forma, são responsabilizadas pelo nascimento de filhos com quaisquer deficiências decorrentes do parto, como por exemplo, a falta de oxigenação. Também são relatados com certa frequência as ameaças, xingamentos e abandono das parturientes durante o procedimento.

Destaca-se que a discriminação racial e o preconceito possuem maior ocorrência na situação de assistência ao parto de parturientes de cor preta, periféricas e pobres. Estas mulheres sofrem maior número de exames de toque desnecessários, episiotomias, negativas de anestesia, e muitas vezes as cesáreas de emergência são negadas. Existem relatos de mulheres que passam horas em trabalho de parto, examinadas sem quaisquer privacidades, limitação dos movimentos, inclusive acesso aos banheiros, e até mesmo a privação de água e alimentação.

Outro grupo de mulheres, as indígenas, por sua vez, recebem menor atenção da equipe de profissionais, cesarianas negadas porque “sabem parir de cócoras”, e ainda são negados seus padrões culturais, embora já tenha sido publicada em 2008 a Resolução nº 72, do Estado de São Paulo, que dispõe especificamente sobre a adoção de procedimentos durante a assistência as mulheres indígenas. Adequações relativas à alimentação e ao direito de levar a placenta para casa. Contudo, o aspecto cultural dessas mulheres é desrespeitado, sendo alvo de chacotas e discriminação em várias localidades do país.

3.5 Cesariana Eletiva

Denominada cesariana eletiva o procedimento realizado sem a devida indicação clínica, podendo ser agendada, antes ou após iniciado o trabalho de parto, sem que haja a urgência para tal. Segundo a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em pesquisa realizada em 2007 concluiu que mais de 90% das cesarianas foram realizadas antes que a mulher tenha entrado em trabalho de parto, aumentando a chance de prematuridade, esse fato pode ser atribuído ao desejo da mulher em retirar o bebê, como também ao interesse do profissional médico em realizar a cirurgia conforme sua própria agenda.

Um grande número de médicos relatou na pesquisa citada anteriormente, que as próprias mulheres chegam no consultório com o interesse de realizar uma cesariana, quando, de fato, está buscando segurança, informação e assistência de qualidade.

No Brasil, hospitais privados possuem altíssimos números de cesáreas, com picos em determinados períodos, como vésperas de feriados, sendo bastante difícil encontrar vagas disponíveis. Cabe destacar que as mulheres asseguradas por planos de saúde estão mais sujeitas a cirurgia cesariana, apesar de pertencerem a um grupo com melhor acesso aos serviços de saúde. Pode inferir que a questão financeira favorece o agendamento de várias cirurgias a serem realizadas em sequência, já que, independentemente da duração do parto normal, a remuneração será o mesmo valor, não havendo incentivo ao profissional em insistir neste procedimento. Nesse contexto, as mulheres são ludibriadas sobre a necessidade do procedimento cirúrgico com já alegação de não haver condições clínicas para a realização do parto normal. Outras justificativas também são utilizadas a fim de agendar cesáreas no período de segunda a sexta-feira, reduzindo o trabalho nos finais de semana ou feriados. Nesse contexto, realiza-se um grande número de cesáreas agendadas em sequência, na maioria das vezes, todas pacientes do mesmo profissional.

Cabe citar, em 2010 o número de cesarianas realizadas no Brasil atingiu 82% dos partos realizados, quando a recomendação por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) seria a limitação a 15% dos nascimentos.

3.6 Violência obstétrica durante o aborto

O aborto é uma das principais causas de morte de gestantes no Brasil, contudo, muito subnotificado devido a legislação vigente, bem como questões culturais e religiosas da sociedade, influenciando o tratamento realizado pelos profissionais de saúde. Conforme levantamento divulgado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a curetagem, na situação de pós abortamento, é o segundo procedimento obstétrico mais realizado na rede pública de atendimento, ultrapassada apenas pelo parto normal.

Um estudo publicado em 2010 pela Fundação Perseu Abramo e SESC, apresenta que 25% das mulheres entrevistadas já tiveram pelo menos uma gestação interrompida, cerca de 22% declaram já terem sofrido aborto natural, e 4% admitiram interromper voluntariamente a gestação. Dentre as mulheres que admitiram ter provocado aborto e posteriormente buscado assistência, 53% declararam terem sofrido algum tipo de violência quando realizado o atendimento.

Na maioria das ocorrências de abortos, mesmo que espontâneos, estes episódios são tratados pelos profissionais como similares aos abortos provocados, em se confirmando que o ato foi promovido pela paciente, os episódios de violência obstétrica, física e psicológica, são acentuados, levando muitas mulheres a óbito em decorrência da negligência, hostilidade, além da demora ou ausência de atendimento.

As principais manifestações de violências compreenderam perguntas incisivas e repetidas vezes acerca de como provocaram o aborto, ausência de informações sobre os procedimentos pelos quais seriam submetidas, longa espera para o atendimento, ausência de anestesia ao realizar o procedimento de curetagem, inclusive insinuações de ações criminosas.

3.7 Violência Psicológica

A violência psicológica consiste em uma série de condutas realizadas contra a mulher que resultam em sentimento de “inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio” (Ciello, *et al.*, 2012).

O profissional de saúde assume uma posição de autoridade, atuando para a inferiorização do corpo e da mente da paciente, infligindo insegurança, dor ou desconforto. Nesse contexto, são frequentes os relatos de tratamento humilhante, como a tentativa de silenciamento por parte dos médicos, tratamento hostil e grosseiro, ordenando que as parturientes fiquem em silêncio, ou mesmo proferindo frases de cunho agressivo. A violência psicológica pode ser empregada na persuasão da paciente para realização dos procedimentos sugeridos pelo médico, sem necessidade clínica comprovada, realizando muitas vezes cesáreas eletivas. A violência psicológica geralmente se acompanha outras formas de violência, podendo também ocorrer isoladamente, não devendo ser invisibilizada.

3.8 Violência Sexual

O abuso sexual está relacionado a posição de poder do profissional em relação a parturiente, essa violência é caracterizada pela violação da integridade sexual, com acesso ou não aos órgãos genitais femininos, atentando contra sua intimidade.

Nesse tipo de violência são comuns a realização de exame de toques repetitivos, exames realizados na região dos mamilos, sem a necessidade de sua realização. Desta forma, o assédio sexual ocorre nos momentos de vulnerabilidade feminina, condição propícia para a realização destas violações. Um caso divulgado na mídia, ocorreu no Hospital Mulher Heloneida Studart, em que um médico anestesista, após injetar uma quantidade demasiada de medicalização anestésica, foi flagrado pela equipe estuprando uma paciente, logo após a realização do parto, que se encontrava inconsciente (Lucchese, 2022).

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

3.9 Violência Institucional

A violência institucional pode ocorrer por meio de ações e normas, organizativas ou burocráticas, das instituições públicas ou privadas, que sejam responsáveis por dificultar, atrasar ou impedir, as parturientes de terem acesso a seus direitos. Um dos direitos mais comuns de violação é o direito de acompanhante. Apesar da existência de norma legislativa há mais de quinze anos no Brasil, nas instituições ainda são comuns o cerceamento à presença do acompanhante, situação em que os profissionais impedem qualquer acompanhante ou restringem pessoas específicas, haja vista ser permitido a escolha do acompanhante por parte da parturiente.

4 PLANO DE PARTO

A organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso do Plano de parto desde 1986, e o compreende como mecanismo de incentivo às mulheres pela busca por informações qualificadas, instrumento para a construção das expectativas e dos desejos com relação à experiência da maternidade e um exercício de protagonismo, sendo definido como:

Plano de Parto é uma carta de intenções, na qual a gestante declara qual é o atendimento que espera para si e para o seu bebê, durante o processo de

nascimento. Ele fala quais os procedimentos médicos e intervenções que aceita se submeter, quais são suas expectativas, como quer ser tratada! (OMS, 1996)

A importância do plano de parto, segundo a OMS, relaciona-se com o aumento do controle das mulheres sobre o processo do parto, pois constitui como ferramenta para a preparação para o parto capaz de diminuir os medos das mulheres com base na informação e registro dos seus desejos, proporcionando também um processo de reflexão para as mulheres, o que fortalece a confiança em relação ao parto, além da satisfação em poder expressar suas preferências, oportuniza lugar de fala às mulheres parturientes.

O plano de parto mostra-se um instrumento potencializador da autonomia das mulheres e das suas famílias, promove o exercício de reflexão acerca da realidade obstétrica, incentivo ao cuidado compartilhado e, portanto, é importante que esse direito das mulheres seja respeitado pelos/as profissionais da saúde.

Contudo, segundo relatos constantes na pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado* (Fundação Perseu Abramo, 2010), algumas mulheres declararam que quando foram atendidas em instituições de saúde, o plano de parto não foi observado.

5 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O princípio da dignidade da pessoa humana consiste em um dos mais importantes princípios jurídicos utilizados para definir os direitos fundamentais, sendo a partir desse princípio que são elencados todos os demais direitos fundamentais, assegurados no ordenamento jurídico.

O princípio da dignidade da pessoa humana torna possível as diversas dimensões de direitos inerentes a todos os indivíduos. Nesse sentido, torna-se um valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, especialmente o direito à vida. Segundo o jurista Ingo Sarlet (1988) tem-se o seguinte conceito jurídico:

Assim sendo, temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida a cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida. (SARLET, 1988)

Um indivíduo, pelo simples fato de integrar o gênero humano, é possuidor de dignidade, sendo característica intrínseca a todos os homens, sendo decorrente da própria condição humana, que o torna digno de respeito e estima de forma igualitária.

No arcabouço legal brasileiro tal princípio encontra-se no inciso III, artigo 1º da CRFB/1988, constituindo um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, ligado à República Federativa do Brasil. Como princípio fundamental deve assegurar que sejam respeitados pela sociedade, e também pelo Estado, um mínimo de direitos aos indivíduos, preservando sua liberdade individual e sua personalidade.

A dignidade da pessoa humana assegura o direito de todo cidadão em ser respeitado como pessoa e não ser prejudicado em sua existência, isto significa que o Estado deve assegurar sua vida, seu corpo e sua saúde, podendo então usufruir de uma esfera existencial própria. Ressalva-se que Bandeira de Mello (2014) discorre que a violação de um princípio constitucional consiste em algo muito mais prejudicial, e possui mais gravidade, do que infringir uma regra comum. A violação do princípio da dignidade implica uma ofensa a todo o sistema legal, sendo considerada a mais grave forma de ilegalidade ou inconstitucionalidade, desta forma, afronta toda a estrutura constitucional.

Desta forma, torna-se dever fundamental do Estado dispor de todos os meios existentes para assegurar o direito inviolável à vida, assegurando a sua dignidade. Por essa razão existem diversas normas que defendem e asseguram que nada coloque em risco à vida humana.

Ao se discutir a violência obstétrica, tomando como referência dignidade da pessoa humana, deve-se garantir que a mulher tenha liberdade para guiar seu parto, atuar com autonomia, ocupando lugar de protagonista em todos os momentos, decidindo sobre seu corpo e sua liberdade, sempre com o apoio de profissionais de saúde, seguros, competentes e gentis, realizando um parto humanizado.

A violência obstétrica não consiste somente de uma agressão física, sua abrangência torna-se muito maior em razão de violar a liberdade de escolha da gestante e seu direito a um parto digno. A violência infligida às gestantes, configura-se em uma violação da dignidade da pessoa humana, que, por conseguinte, afeta os demais princípios constitucionais, como o da igualdade, fazendo com que a mulher se sinta diminuída em valor e direitos.

6 ARCABOUÇO LEGAL NO BRASIL E NO MUNDO

6.1 Direito Penal

O Código Penal brasileiro, no que se refere ao exercício da medicina é perpassado por situações onde se faz necessário analisar em quais situações as intervenções médicas ocorrem de forma legítima. Cabe refletir, a partir dessa análise, em quais hipóteses o médico possui a plena legitimidade para interferir na esfera corporal da parturiente, e por consequência em quais casos haveriam consequências jurídicas. Nesse sentido, cresce em importância os questionamentos relativos à autonomia plena da paciente, bem como, os limites decisórios de cada dos entes envolvidos no processo.

A atuação médica passível de criminalização poderá ocorrer em diversos momentos do atendimento a gestante, realizando procedimentos invasivos, desnecessários e dolorosos, ações indevidas que podem afetar bens jurídicos como a integridade física, a liberdade de decisão, e até mesmo as vidas da paciente e do filho. A atuação médica inadequada envolve a possível ocorrência dos crimes de constrangimento, lesão corporal e homicídio, dispostos, respectivamente, nos artigos 129, 146 e 121 do Código Penal (BRASIL, 1940). Dessa forma, as principais condutas médicas que afetam o corpo e a saúde das pacientes, são em sua maioria enquadradas no artigo 129 do Código Penal (BRASIL, 1940), veta expressamente “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”.

A efetivação de um código de conduta dos médicos ocorreu inicialmente com a publicação da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (WMA) (Finlândia, 1964), editada pela Associação Médica Mundial, reconhecimento a autonomia do paciente em relação a todos os tratamentos médicos, e ainda estabelecendo a obrigatoriedade do consentimento frente aos procedimentos aos quais será submetido.

Em diversas ocasiões, o tratamento médico ignora a citada autonomia do paciente, pois em casos de conflitos de vontade, o tratamento médico realizado deve inicialmente ser concebido enquanto lícito, embora não autorizado, sendo importante considerar que tais intervenções médicas são legitimadas no ordenamento jurídico brasileiro, partindo do pressuposto que o médico tem o direito de atuar em benefício da parturiente. Desta forma a ética hipocrática sobrepõe o “melhor interesse médico”, determinando o dever do profissional em intervir a favor da saúde do paciente, sem mencionar o consentimento ou considerar a opinião da pessoa afetada.

No Brasil, a ética hipocrática serve de referencial para o Código de Moral Ética (Brasil, 1988), esclarecendo que o profissional médico deve acatar certas solicitações dos

pacientes, enquanto essas não se opusessem ao sucesso do tratamento. Uma visão ética impele o profissional a um dever absoluto de promover a saúde e o bem-estar daqueles que estão sob seus cuidados, dessa forma, possui a obrigação de atuar sob quaisquer circunstâncias, inclusive em desacordo com as demandas do paciente, para alcançar o “dever maior”. Todas as ações médicas devem se fundamentar na saúde e bem-estar da parturiente e da criança, dessa forma, em determinados momentos, justifica-se a interferência na autodeterminação da pessoa, por uma “nobre razão”.

Contudo, deve-se considerar prioritariamente a parturiente enquanto legisladora da sua assistência ao parto, sendo o médico obrigado a respeitar suas demandas, que expressam sua vontade a partir de informações claras e objetivas acerca da sua situação clínica e dos procedimentos a serem realizados durante o processo. Assim sendo, reconhecer a autonomia, impõe ao profissional a obrigação de respeitar as escolhas da parturiente, ainda que discorde de seus fundamentos. Cabe destacar que nos casos em que não é possível obter o consentimento efetivo da gestante, por exemplo, em situação de permanecer inconsciente, nesse contexto, a conduta positiva do médico será fundamentada no consentimento presumido da paciente, legitimada pelo estado de necessidade.

6.2 Legislação Estrangeira

Existem países que já possuem dispositivos legais, elaborados especificamente visando a prevenção e a punição dos casos de violência obstétrica, na América do Sul são exemplos de países a Argentina e a Venezuela. Em 2007, foi promulgada na Venezuela, a lei *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, objetivando combater a violência contra as mulheres, reprimindo o tratamento desumanizante, abuso de medicalização e a patologização. Segue:

Artículo 15. [...] Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (República Bolivariana De Venezuela, 2007)

Este importante documento define a violência obstétrica como atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos

por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnicos-administrativos de instituição pública e privada, bem como civis, proporcionando tratamento desumano e abuso que transforma o parto em uma experiência dolorosa, além da perda da autonomia por parte da paciente (República Bolivariana De Venezuela, 2007).

6.3 Pioneirismo de Santa Catarina

O Brasil não possui uma legislação específica visando coibir a prática de violência obstétrica, apenas projetos de leis ainda longe de aprovação. Contudo, o Estado de Santa Catarina promulgou em 17 de janeiro de 2017 cujo objetivo é combater a violência e os abusos contra mulheres grávidas, especialmente no momento do parto, assegurando o nascimento saudável da criança, evitando riscos desnecessários para a mãe e o bebê. Cabe destacar que a Lei nº 17.097 (Santa Catarina, 2017), é a única legislação no Brasil que contém uma definição sobre Violência obstétrica. Segue:

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério. (Santa Catarina, 2017)

As condutas consideradas enquanto violência obstétrica, são descritas no artigo 3º da citada lei, semelhantes as condutas enumeradas na legislação internacional que asseguram o direito das mulheres na gestação, parto e puerpério. Segue:

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas: I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas; III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros; IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto; V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz. (Santa Catarina, 2017)

A lei descrita anteriormente amplia a caracterização de violência obstétrica, inclusive, abrangendo inclusive condutas que visam convencer a parturiente de que precisa de uma cesariana eletiva, quando esta não se faz necessária, utilizando o agressor de riscos imaginários ou hipotéticos a mãe e ao bebê (Santa Catarina, 2017). Também são

enumerados como violência obstétrica procedimentos invasivos como exames de toques por diversos profissionais, lavagem intestinal e a episiotomia. Essas práticas são tipificadas como Violência obstétrica. Descreve:

Art. 3º [...] XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional; XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer; XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível (Santa Catarina, 2017, p.02).

Desta forma, a lei garante a mulher o pleno exercício de sua autonomia durante o parto, proibindo “qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado” ou “manter algemadas as detentas em trabalho de parto”.

As condutas irregulares por parte das instituições hospitalares, também são tipificadas no artigo 3º da Lei nº 17.097 (Santa Catarina, 2017), assim descrevendo:

Art. 3º [...] XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto; XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes; [...] XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais; XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde -SUS. (Santa Catarina, 2017)

Para além da tipificação descrita acima, além do objetivo prioritário de assegurar a tutela dos direitos das mulheres gestantes e parturientes, essa lei traz também mecanismos de políticas públicas que determinam ações do Poder Executivo, cuja Secretaria de Estado da Saúde deverá elaborando cartazes e folhetos informativos acerca de todos os direitos que a gestante e a parturientes possuem, descrevendo as condutas presentes no artigo 3º, materiais que deverão ser distribuídos em hospitais, postos de saúde, unidades básicas de saúde e consultórios médicos especializados (Santa Catarina, 2017).

Desta forma, podemos considerar a Lei nº 17.097/2017 (Santa Catarina, 2017) como um importante instrumento no combate as condutas mais relatadas por mulheres, propondo mecanismos para se combater a violência obstétrica. Contudo, sua aplicação está restrita ao estado de Santa Catarina. A CRFB/1988 estabelece no artigo 22, que é de

competência privativamente da União legislar, dentre outros sobre legislar, sobre direito penal e processual. Assim, a lei catarinense, além de limitada ao território do estado, não pode estabelecer penas para a prática de violência obstétrica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da violência obstétrica permitiu concluir, a partir de uma análise geral da violência contra a mulher, que se faz necessário uma tipificação penal buscando responsabilizar os profissionais de saúde causadores destas ocorrências no Brasil, tendo como principal balizador a dignidade humana, elencado na CRFB/1988 enquanto um dos princípios mais importantes do ordenamento jurídico brasileiro. Ressalta-se que a análise deste princípio constitucional permite aos operadores do direito relacioná-lo à proteção da integridade física, moral e psicológica das gestantes. Contudo, verificou-se que ainda não há no Brasil uma legislação específica que busque coibir a prática de tais ações, tendo em vista que as principais leis vigentes no direito penal não têm como objetivo criminalizar essa forma de violência.

Embora não haja legislação específica no Brasil, cabe registrar que diversas instituições de saúde não atendem a recomendação da OMS, no que tange a aplicabilidade do Plano de Parto, instrumento potencializador da autonomia das mulheres e das suas famílias, principalmente com o objetivo de oportunizar o conhecimento dos seus direitos das parturientes.

Sendo assim, as práticas violentas no parto são constituídas de diversos procedimentos invasivos, dolorosos, desrespeitosos, inclusive o abandono da parturiente e cesarianas eletivas. As práticas abrangem a negativa de acompanhante, assegurado por lei, e o uso da manobra de Kristeller, proibida pela OMS, e ainda, prática da episiotomia de rotina, exames de toque feitos por diversos profissionais, negativa de anestesia. As ocorrências dessas condutas são mais frequentes junto as mulheres pretas, índias e as mais vulneráveis socioeconomicamente.

Não obstante, os tribunais brasileiros, em razão da lacuna no ordenamento jurídico, resistem em reconhecer esse tipo de violência, os poucos julgados sobre o tema resultam em indenizações materiais que eximem os agressores de uma punição mais rígida, justa e compatível ao dano que causaram. O enquadramento das condutas, consideradas violência obstétrica em documentos internacionais dos quais o Brasil é

signatário, possibilitam apenas uma sanção indireta aos agressores, pois não reduzem a sensação de impunidade em razão da falta de uma tipificação específica, coisa que uma legislação viria a produzir.

Nesse sentido, a criminalização da violência obstétrica torna-se de grande importância para assegurar a dignidade de todas as gestantes. Assim como existe no Estado de Santa Catarina, faz-se necessária uma legislação de alcance federal que possa coibir e, se necessário punir, a violência contra a mulher, assegurando que a gestação, parto e pós-parto, momentos unicamente femininos, sejam plenamente velados e protegidos.

REFERÊNCIAS

ARGENTINA. **Ley nº 26.485. Ley de proteccion integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.** Buenos Aires, 2009. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf. > Acesso em: 10 nov. 2023

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (WMA): princípios éticos para pesquisa médica envolvendo seres humanos.** 06/1964. Disponível em http://www.amb.org.br/_arquivos/_downloads/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de direito administrativo.** 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei nº 2848/40.** Brasília. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm> Acesso em: 03 nov. 2023

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.**1988

BRASIL. **Decreto nº 1.256, de 29 de setembro de 1994.** Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 ago. 1996. Seção 1, p. 15.

BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2019.** Que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2019/res0510_07_04_2016.html.> Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília (DF): Diário Oficial da União. [Internet]. 2005 [acesso em 17 out 2019]. Disponível em: URL: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html>.> Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes.** Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulherprincípios_diretrizes.pdf.> Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. **Organização Mundial de Saúde. 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: 09 nov. 2023.

BRASIL. **Defensoria Pública orienta mulheres sobre violência obstétrica.** Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/cidadania-ejustica/2014/03/defensoria-publica-orienta-mulheres-sobre-violencia-obstetrica>.> Acesso em: 09 nov. 2023.

CIELLO, Cariny *et al.*. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”.** Parto do Princípio Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, [s.l.],2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CRUZ, Jaíne Quele. **Mulher não consegue engravidar e descobre que passou por laqueadura sem autorização em Ji-Paraná, RO.** G1. 02 set 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2022/09/02/mulher-nao-consegue56-engravidar-e-descobre-que-passou-por-laqueadura-sem-autorizacao-em-ji-paranarog.html>. Acesso em: 10 nov. 2023.

DINIZ, S.G; SALGADO, H.D.O; ANDREZZO, H.F.D.A; CARVALHO, G.C.D; CARVALHO, P.C.A; AGUIAR, C.D.A; NIY, D.Y. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Departamento de saúde materno-infantil. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/familias-e-filhos-no-brasil.pdf>.> Acesso em 08 nov. 2023

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado.** Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. 2010

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa Nascer no Brasil.** Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. 2011 e 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa: Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado.** 2010. Disponível em:

<https://fpabramo.org.br/publicacoes/wpcontent/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegr_a_0.pdf> Acesso: 05 nov. 2023.

KONDO, Cristiane; WERNER, Lara. **Violência obstétrica e sua configuração no Brasil**. DIREITOS HUMANOS NO BRASIL, 2013 Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Disponível em http://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf. >Acesso: 08/ nov. 2023.

LUCCHESI, Bette. **Além de estupro, anestesista pode responder por violência obstétrica; polícia investiga se vidas de grávidas estiveram em risco**. G1 Rio, Rio de Janeiro, p. s.p, 13 jul. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/13/alem-de-estupro-anestesista-pode-responder-por-violencia-obstetrica-policia-investiga-se-vidas-de-gravidas-estiveram-em-risco.ghtml>. Acesso em: 07/11/2023.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. > Acesso em 04 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de “maternidade segura”**. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Ministério da Saúde do Brasil, 1996. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. > Acesso em 04 nov. 2023.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Capítulo i disposiciones generales. G.O. (38668 de 23 /4/2007).LA ASAMBLEA NACIONAL. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/mhernandezroyett/ley-organica-sobre-el-derecho-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia>. >Acesso em 07 nov. 2023.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina**. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.htmlLei 17.097, de 17/01/2017. >Acesso em 10 nov. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria Do Advogado, 2015.