Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.13, 2023
ISSN 2178-6925

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A INEXISTÊNCIA DE POLITICAS PUBLICAS SUFICIENTES PARA EVITAR A IMPUNIDADE

OBSTETRIC VIOLENCE AND THE LACK OF SUFFICIENT PUBLIC POLICIES TO AVOID IMPUNITY

Bruna Gomes Voutão Botelho Cabral

Graduanda em Direito, Faculdade Uninassau de Palmas /TO, Brasil,
e-mail: brunavbotelho@gmail.com

João Marcelo de Oliveira Rodrigues

Graduando em Direito, Faculdade Uninassau de Palmas /TO, Brasil,
e-mail: joaomarcelodioliveira@gmail.com

Marcivania da Luz Rodrigues de Sousa

Graduanda em Direito, Faculdade Uninassau de Palmas /TO, Brasil,
e-mail: vaniar862@gmail.com

Izabel Cristina Urani de Oliveira

Docente do Curso Direito, Faculdade Uninassau de Palmas /TO, Brasil,
e-mail:izabelurani@hotmail.com

Resumo

Este artigo de revisão bibliográfica objetivou discutir a obstetrícia no contexto histórico, relativo ao alcance e destacando a sensibilidade da segurança jurídica da gestante. O Brasil não possui tipificação criminal específica sobre a violência obstétrica cometida contra gestantes. O assunto ainda é polêmico quanto à sua definição e conceituação. A omissão legislativa e a ausência de políticas públicas informativas levam à impunidade e a precedentes para casos futuros sem punição, neste sentido é necessário entender o conceito de violência obstétrica e buscar princípios legais para penalização quando observadas condutas inadequadas. A maioria das mulheres no início da gravidez manifesta o desejo de optar pelo parto natural, mas estão em pré-natal e têm seus bebês por meio de cesarianas desrespeitosas, procedimentos que não funcionam com os processos naturais do próprio corpo feminino, para justificar afirmações e ações desfavoráveis à gestante. É notório que intervenções desnecessárias, o desrespeito aos direitos da parturiente, a limitação imposta ao conhecimento das gestantes sobre os aspectos envolvidos no parto, assim como a violência física, verbal, psíquica são exemplos de atos que contrariam tanto as diretrizes de saúde estabelecidas pela OMS. A violência obstétrica é praticada e deve ser objeto de responsabilização civil e criminal, pois está comprovado que o comportamento ilícito desses atores causa traumas físicos e psicológicos, muitas vezes irreversíveis, à mãe durante sua vida. É necessário ainda entender que essas atividades não se limitam à criminalização e persecução de profissionais, mas sim a questões multidisciplinares como a implementação de princípios e novas diretrizes no ensino dos profissionais de saúde. Alguns estados possuem legislações regulamentadoras sobre o assunto, mas podemos considerar isso um avanço ainda pequeno, necessitando de maneira urgente de uma legislação federal e específica sobre o assunto, entendendo que hoje não existem politicas publicas suficientes e claras que possibilitem evitar a impunidade.

Palavras-chave: Direito Constitucional; Direitos Humanos; Dignidade humana; Impunidade; Politicas públicas.

Abstract

This bibliographic review article aimed to discuss obstetrics in the historical context, regarding the scope and highlighting the sensitivity of legal security for pregnant women. Brazil does not have a specific criminal classification regarding obstetric violence committed against pregnant women. The subject is still controversial regarding its definition and conceptualization. Legislative omission and the absence of informative public policies lead to impunity and precedents for future cases without punishment. In this sense, it is necessary to understand the concept of obstetric violence and seek legal principles for penalization when inappropriate conduct is observed. Most women at the beginning of pregnancy express the desire to opt for natural birth, but they are undergoing prenatal care and have their babies through disrespectful cesarean sections, procedures that do not work with the natural processes of the female body itself, to justify statements and actions unfavorable to pregnant women. It is well known that unnecessary interventions, disrespect for the rights of women in labor, limitations imposed on pregnant women's knowledge of the aspects involved in childbirth, as well as physical, verbal and psychological violence are examples of acts that contradict the health guidelines established by the WHO. Obstetric violence is practiced and must be subject to civil and criminal liability, as it is proven that the illicit behavior of these actors causes physical and psychological trauma, often irreversible, to the mother during her lifetime. It is also necessary to understand that these activities are not limited to the criminalization and persecution of professionals, but rather to multidisciplinary issues such as the implementation of principles and new guidelines in the teaching of health professionals. Some states have regulatory legislation on the subject, but we can consider this a small advance, urgently requiring specific federal legislation on the subject, understanding that today there are not sufficient and clear public policies that make it possible to avoid impunity.

Keywords: Constitutional right; Human rights; Human dignity; Impunity; Public policy.

1. Introdução

A relação entre dor e parto é específica da cultura brasileira. O parto é amplamente reconhecido como um momento de dor e felicidade mútua. Por ser historicamente um ritual feminino, foi realizado inicialmente nas casas de parteiras e familiares, mas depois de certo tempo passou por um processo que levou isso em conta, e os partos passaram a ser realizados na maioria dos casos por obstetras qualificados. em hospitais.

Os obstetras são especialistas especializados no atendimento à gravidez, parto e pós-parto em todas as áreas fisiológicas e patológicas. Segundo dados levantados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) em 2019, ocorreram um total de 1.354.656 nascimentos no Brasil (um milhão trezentos e cinquenta e quatro mil seiscentos e cinquenta e seis). dos quais 69,97% por cesariana e 30,03% por parto vaginal.

Este cenário é considerado preocupante tendo em vista que a Organização Mundial da saúde (OMS) recomenda uma taxa de cesarianas entre 10% e 5%, a OMS também afirma que taxas de cesarianas acima de 10% não estão associadas à redução de partos cesáreos. mortalidade materna e neonatal. A princípio, o pensamento maior é “por que tantas cesarianas?”. As cirurgias aumentam ano a ano, embora não sejam

necessárias, a maioria das gestantes optam pelo procedimento porque se sentem seguras, mas outras vezes a decisão é do obstetra.

Portanto, no estudo procuramos explicar quais mecanismos levam à intervenção do médico. O aumento está relacionado a diversos fatores, inclusive à conveniência médica. Outro fator decisivo é que culturalmente a cesariana é muito aceita entre as mulheres brasileiras e nas classes socioeconômicas mais altas porque reduz a dor e o sofrimento durante o parto. Acontece que existe uma nuvem negra de comentários sobre o parto, que às vezes partem da própria equipe, quando o parto natural é tratado como doloroso e temeroso, então uma série de situações leva a mulher ao medo profundo, à dor, ao choro, às distorções íntimas entre outros. Estas são as razões pelas quais trabalham para todos os casos o mais rápido possível, mesmo que não tenham certeza sobre o nível de segurança.

O termo “violência obstétrica” nasceu na América Latina em 2000, quando surgiram movimentos sociais para proteger o nascimento humano. O termo é frequentemente generalizado para descrever tudo, desde cuidados obstétricos excessivamente mediados até violência física contra a mãe biológica (Pikles, 2015).

Ocorrem de forma verbal, psicológica e física, e procedimentos invasivos como episiotomia, operação de Kristeller, lavagem intestinal durante o parto, raspagem dos pelos pubianos, amarração/imobilização da gestante durante o parto, impedindo a escolha da posição de parto, afetando muitas vezes mais de uma pessoa. sem a explicação ou consentimento da mulher, são feitas de forma inadequada ou desnecessária.; comportamentos ou atitudes emocionalmente prejudiciais que visem limitar e controlar as atividades da gestante por meio de ameaças, vergonha, humilhação, chantagem e outras ações com o mesmo propósito.

Portanto, o objetivo deste artigo de revisão é discutir a violência obstétrica em um contexto histórico, compreender o conceito e as formas de violência obstétrica, examinar a impunidade por falta de tipificação, leis e de políticas públicas, e assim apontar a necessidade de princípios jurídicos para possivéis sanções caso seja detectado comportamento inadequado.

2. Desenvolvimento

2.1 Aspectos históricos e embrionários do parto no Brasil

Para compreender a história dos partos no Brasil é necessário abrir um amplo panorama histórico, pois durante uma longa história o corpo feminino foi considerado misterioso, desconhecido e sagrado no mundo. Portanto, durante décadas, o corpo feminino sofreu uma espécie de censura histórica, quando em certos casos, por exemplo durante o próprio parto, apenas a mãe e seu futuro marido podiam vestir crianças e outras mulheres.

Na época romana, a gravidez era considerada uma aliança eficaz e também produzia mais homens, o que fortalecia o exército. Mas quando se trata de maternidade, o destino da mulher está predeterminado, pois no mundo romano cerca de 10 mulheres morreram durante o parto ou suas consequências. O parto era temido e a gravidez considerada uma situação de risco. Conforme especificado, na antiguidade a única forma de percepção era o parto normal, pois a cesariana só era realizada após a morte da mãe para salvar a vida do feto (Machado, 2015).

A partir do século XVIII, a arte do parto, historicamente constituída como um saber-fazer feminino rico em saberes populares, torna-se um saber-fazer masculino com a progressiva medicalização da sociedade. A medicina científica nasce e um homem que se desenvolverá em universidades exclusivamente masculinas e dará continuidade ao processo de normalização do corpo feminino iniciado pela Igreja no século XV (Brenes, 1991).

À medida que os médicos e os seus instrumentos entraram no mercado e o fim da feminização do parto, as parteiras começaram a aparecer em segundo plano e a participação das mulheres em eventos de parto permaneceu marginal. A obstetrícia, embora ainda envolvesse parteiras, era vista como prática privada de um médico e assim se tornou no século XX, os partos hospitalares predominaram especialmente após a Segunda Guerra Mundial, quando a industrialização se acelerou (Wolf; Waldon, 2008).

Os cuidados de saúde tornaram-se medicalizados e masculinizados ao longo dos últimos dois séculos e têm sido cada vez mais prestados no hospital, local que desde seu nascimento no século XVIII tem se constituído em espaço de domínio médico e controle dos corpos (Costa, 2000). Nesse período, iniciou-se o desenvolvimento de um modelo de tratamento biomédico, onde o paciente é considerado um sujeito passivo, sem autonomia e sem capacidade de expressar opinião e tomar decisões (Aguiar; Oliveira, 2011).

A intervenção cirúrgica foi iniciada apenas no século XVIII, a mortalidade fetal e materna era elevada, a intervenção era realizada apenas em casos especiais. Com a

introdução da cesariana, o parto passou também a ocorrer com a utilização de medicamento anestésico. Cem anos depois, as cesarianas deixaram de representar risco de mortalidade materna e passaram a ser utilizadas no parto no Brasil. De século em século, as mulheres perderam a compreensão do parto, vendo seus direitos e até mesmo a dor pré-aprovados pelos homens, o que aconteceu durante a “caça às bruxas”, religiosas - lembrando que as mulheres não formavam cargos religiosos no período mencionado - elas acreditavam que sem a dor da mãe a criança nasce com pecado (Brenes, 1991).

Observa-se que nas primeiras décadas do século XX houve uma verdadeira campanha para convencer as pessoas das vantagens do parto hospitalar em relação ao parto domiciliar. A partir de 1930, com o desenvolvimento tecnológico da medicina e a difusão do hospital como o mais seguro, as maternidades, clínicas e hospitais do Brasil tornaram-se locais ideais para a mistura de costumes e culturas desde o nascimento, que não se define de forma única, porque o país é grande e tem muitos costumes e culturas diferentes, o que acaba por interferir na visão individual de cada pessoa (Brenes, 1991).

2.2 Etapas do Parto (gestação, parto e puerpério)

Para as mulheres, a gravidez, o parto e o pós-parto são processos de forte e profunda mudança e de constante adaptação. A gravidez de uma mulher dura cerca de 266 dias em semanas, o trabalho de parto varia de acordo com o que o corpo da mulher faz por conta própria, e o período pós-parto inclui o tempo após o parto até que o corpo da mulher retorne ao estado “normal”.

A Lei nº 9.263/1996 estabelece que toda mulher tem direito ao acompanhamento especial durante a gravidez e estabelece que o sistema único de saúde é obrigado a garantir a assistência e integridade à saúde, auxiliar a concepção e contracepção, o trabalho de parto e parto, o pós-parto e o recém-nascido como cuidados básicos (Brasil, 1996). A saúde e os direitos das mulheres grávidas são uma preocupação, mas é o oposto do que poderíamos imaginar. Tais preocupações vêm da população preocupada com a gravidez, e não das instituições envolvidas. A experiência de cada mulher durante o parto deixa claro que não existem leis relevantes e válidas na constituição e que o sistema jurídico respeita as leis que já foram criadas (Piccinini *et al*. 2008).

A maioria das mulheres no início da gravidez manifesta o desejo de optar pelo parto natural, mas estão em pré-natal e têm seus bebês por meio de cesarianas desrespeitosas, procedimentos que não funcionam com os processos naturais do próprio corpo feminino, para justificar afirmações e ações desfavoráveis à gestante, os agentes criam mitos nos quais o corpo da mulher é visto como fraco e com uma fragilidade semelhante que estaria livre para utilizar os procedimentos. Comentários como “bacia estreita”, “passou do tempo”, “placenta velha” e outras situações que fazem as gestantes duvidarem de sua concepção e as impedem de buscar possíveis soluções médicas. Ao longo dos anos, os mitos foram subestimados e, portanto, banalizados.

Segundo Barbosa *et al*. (2017), as práticas de assistência ao parto no Brasil desrespeitam os direitos sexuais e reprodutivos, o que se reflete nos altos índices de cesáreas desnecessárias e nos maus tratos sofridos pelas mulheres nas maternidades brasileiras. Apesar da elevada cobertura de pré-natal (98,7%) no Brasil, apenas 40% das mulheres afirmam ter recebido orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto, sendo maiores as orientações sobre gravidade e sinais de risco.

É importante mudar essa visão e instrumentalizar os médicos de família e comunidade para que oriente as gestantes e famílias quanto aos benefícios do parto natural e às possíveis complicações de intervenções questionáveis a fim de contribuir para o empoderamento das mulheres e suas famílias e para que elas possam exigir um atendimento obstétrico seguro e digno. Dessa forma, enfrentar a VO exige que os profissionais de saúde assumam uma responsabilidade para além das rotinas de pré-natal e do entendimento biomédico da gestação e parturição (Klein *et al*., 2011; Singata *et al*., 2010).

Em estudo realizado por Nascimento *et al.* (2019), com 20 parturientes em maternidade filantrópica baiana, através de entrevistas, apontou que a maioria das entrevistadas desconhece o termo violência obstétrica e apontam situações de violência verbal e não verbal, submissão a procedimentos invasivos não consentidos e lacunas na assistência durante o trabalho de parto. Aponta ainda, que é nececessário a reformulação do cenário obstétrico nacional, investimentos em atualização dos(as) profissionais dos serviços e na formação acadêmica, na perspectiva de assistir às mulheres de forma humanizada, com respeito, dignidade e qualidade. Para que as mulheres compreendam a violência obstétrica, estas precisam de educação em saúde de qualidade no pré-natal, seja durante as consultas individuais, atividades educativas em sala de espera ou em atividades de grupo.

O essencial é que as mulheres aprendam informações pertinentes sobre a violência durante a gestação, para adentrarem nas maternidades com conhecimento que lhes permitam serem de fato protagonistas do parto. Existe a necessidade de promover um entorno de saúde mais adequado tanto para a usuárias como para os profissionais, no qual os procedimentos sejam mais regularizados, claros e organizados, e propiciem um ambiente mais seguro (Nascimento *et al*., 2019; Bitencourt *et al*., 2022).

Nas linhas mestras de Tesser *et al*. (2015), esses fatos são a ponta de um iceberg com o qual a sociedade e os profissionais da atenção primária à saúde (APS) brasileira têm convivido passivamente. Sendo a prevenção quaternária a atitude e a ação de identificação e evitação de risco de hipermedicalização, intervenções desnecessárias e danos, ela deve considerar a violência obstétrica em seu escopo de saberes, valores e práticas.

Além da violência pessoal, as mulheres grávidas enfrentam violência direta, como a impossibilidade de acompanhante para determinados procedimentos médicos. Um documento denominado “plano de parto” é recomendado pelo Ministério da Saúde desde 1970 e deve ser elaborado antes da concepção e deve conter os desejos e preocupações que a mãe deseja para si e para o bebê, mas isso raramente acontece. O documento é desrespeitado e os profissionais de saúde justificam como um “procedimento necessário”. Um sonho pode se tornar um pesadelo, deformações corporais e desrespeitos, impedindo até mesmo que o corpo da mulher retorne às condições normais, causando até complicações para a saúde da mãe, desconfortos mentais e físicos para o binômio mãe-filho (Gomes; Santos, 2017).

Silva e Souza (2022), apontam como a melhor forma de erradicar, ou ao menos, minimizar a violência obstétrica é sensibilizar a sociedade para que saibam identificar as situações que retratam à violência obstétrica dando-lhe um conceito definido, a fim de que as mesmas sejam denunciadas e que os infratores sejam penalizados mediante uma possível legislação específica.

É necessário a contrução de um documento com foco na criação de um termo e de uma definição consensual na área e, por conseguinte, no desenvolvimento de um instrumento com boas propriedades psicométricas para avaliar situações de desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica durante a gravidez, o parto, o puerpério e em situações de abortamento (Leite *et al*., 2022).

É claro que podem ocorrer emergências, mas elas precisam de uma fundamentação adequada para que os procedimentos de contingência ocorram, e

também para que todos estes procedimentos sejam devidamente comunicados à mulher em trabalho de parto e à sua família. O não cumprimento desses procedimentos é considerado abuso e deveria ser punido.

2.3 Direito das mulheres enquanto mães

No âmbito da lei, houve uma evolução do processo das mulheres enquanto ao processo da gestação e parto, anteriormente a mulher não tinha controle ou decisão sobre o processo, a gravidez era valorizada pela continuidade da espécie e das condições familiares. O processo compreende que antes do fornecimento de hospitais e medicamentos que permitiriam às mulheres receber melhor terapia e melhor controle da dor durante o processo, havia oposição aos entendimentos religiosos sobre como funciona a dor do parto nas mulheres (Brasil, 2001).

Segundo Teixeira *et al.* (2020), a prática médica, voltada para a ginecologia e obstetrícia, é permeada por atos invasivos e retrógrados, os quais, além de violarem os direitos das mulheres, produzem impactos negativos à saúde dessas e da comunidade, estabelecendo o fenômeno da violência obstétrica. É notório que intervenções desnecessárias, o desrespeito aos direitos da parturiente, a limitação imposta ao conhecimento das gestantes sobre os aspectos envolvidos no parto, assim como a violência física, verbal, psíquica são exemplos de atos que contrariam tanto as diretrizes de saúde estabelecidas pela OMS, quanto as normativas de proteção à mulher -PAISM, PHPN, Lei do Acompanhante, Rede Cegonha- e o Código de Ética Médica, deixando esses indivíduos em condição de vulnerabilidade.

No Brasil não existe uma lei federal que defina e tipifique a violência obstétrica e sua responsabilidade. No entanto, o conceito é procurado nas legislações estaduais, nos estudos académicos aprofundados, na legislação estrangeira, na jurisprudência e nas instituições que protegem os direitos das mulheres. Em 2018, o estado de Minas Gerais publicou a Lei nº 23.175 (Minas Gerais, 2018) sobre o direito ao tratamento humano das mulheres que abortaram, das gestantes e das puérperas, com o objetivo de prevenir a violência durante o parto. O artigo inclui partes de alguns exemplos de como a violência pode ocorrer.

Apesar da admirável iniciativa do Estado, a lei não abrange todas as situações possíveis de violência obstétrica, e as classificações dadas em contribuição a ela não abrangem todas as possibilidades do seu cometimento. Assim, existem muitas leis

estaduais relacionadas à violência no parto, mas nenhuma lei federal sobre o assunto. Devido a essa lacuna, vários movimentos no Brasil estão tentando controlar as atividades das instituições que ajudam as mulheres durante a gravidez e o parto e os fatores envolvidos na ajuda a elas (Parto do Princípio, 2012).

O documento, elaborado pela Rede Parto do Princípio e apresentado ao Senado Federal em 2012, na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre Violência contra a Mulher, é um estudo completo da realidade da assistência à maternidade no Brasil, destacando diversas observações e reclamações relacionadas a este tema estudos antropológicos, psicossociais, médicos e outros (Parto do Princípio, 2012). Para começar, o documento apresenta o entendimento de que a interferência injustificada e o comportamento agressivo das mulheres grávidas por parte de terceiros durante este período sensível e vulnerável é em si uma violência contra a sua saúde sexual e reprodutiva e explica que é impossível listar todas as classificações possíveis de violência no nascimento.

Não resta dúvidas que a preocupação em sanar as práticas abusivas que caracterizam a violência obstétrica tem chamado atenção da sociedade brasileira e do poder legislativo. Na última década o assunto sequer era mencionado ou conhecido pelas pessoas e até mesmo pelas vitimas que sofreram atos abusivos, pois muitas mulheres acreditam que determinadas práticas violentas são “normais” no momento de parturição (Alves, 2023).

Alguns países latino-americanos, como Argentina e Venezuela, possuem leis que definem a violência obstétrica, juntamente com suas características e consequências. A primeira é a Lei Venezuelana nº 38.668 de 2007, que estabelece uma lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência. Dois anos depois, em 2009, entrou em vigor a Lei Argentina nº 26.485, que estabelece uma lei de proteção integral para prevenir, sancionar, punir e erradicar a violência contra as mulheres em locais onde se formam duas relações interpessoais. (Venezuela, 2007; Argentina, 2009). Os elementos jurídicos do artigo 6º da lei argentina e do artigo 51 da lei venezuelana incluem ações que podem ser classificadas como violência obstétrica, tais como: a apropriação do corpo feminino em seu processo reprodutivo (Venezuela, 2007; Argentina, 2009).

Tais ações levariam “à perda da autonomia e da possibilidade de decidir livremente sobre o próprio corpo e sexualidade, o que afetaria negativamente a qualidade de vida das mulheres” (Parto do Princípio, 2012). De volta ao nível nacional,

devido à falta de regulamentação federal, buscaram-se soluções mitigadoras por meio de dispositivos legais gerais relacionados ao contexto de violência, como responsabilidade civil e criminal por meio de classificações similares existentes, lesão corporal, injúria, coação, danos morais, entre outros.

A Lei do Trabalho foi a primeira lei a abordar o papel das mulheres grávidas na sociedade de uma forma acíclica. Um dos primeiros direitos das mulheres grávidas foi a licença maternidade. A maternidade nasceu no Brasil em 1943, quando nasceu a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A licença durava 84 dias e deveria ser paga pelo empregador, o que criou restrições significativas para as mulheres no mercado de trabalho. Sua missão era proporcionar à gestante proteção e contato com o recém-nascido sem comprometer sua vida profissional (Brasil, 2021).

Além do mais, historicamente, ter uma gravida dentro de um ambiente laboral era/é visto como algo desvantajoso, por isso, junto à licença-maternidade surgiu a estabilidade da mulher em seu emprego no período de sua gestação, bem como outros direitos como: A duração da licença maternidade foi ampliada por 60 dias. Isto foi acompanhado de direitos sociais que garantiam assentos preferenciais, serviços especiais e prioridade. Se antigamente existia a figura da parteira como mencionado acima, hoje é a figura da doula. A doula presta atendimento multidisciplinar e é um direito da mulher. Em diversas regiões do Brasil foi aprovada a Lei das Doulas, permitindo a entrada dessas profissionais nas maternidades sem prejudicar o direito da gestante de ser acompanhante (Brasil, 2021).

Até o momento, os seguintes estados brasileiros que sancionaram tal norma são: Rio de Janeiro, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Norte Rio Grande, Amazonas, Alagoas, Pernambuco, Ceará, Tocantins, Amapá, Rondônia e Santa Catarina (Doula Brasil, 2021). Todos esses estados reconhecem o papel da Doula de acordo com a definição da Classificação Ocupacional Brasileira (CBO): “acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante” (Doula Brasil, 2021). Além disso, em 2022 entrou em vigor a Lei nº 14.326, cujo objetivo é garantir que as gestantes ou puérperas (deram à luz) recebe ajuda humanitária, cuidados antes e durante o parto e no puerpério, bem como assistência integral à saúde dela e do recém-nascido, para fortalecer a proteção da gestante (Brasil, 2022).

2.4 Formas de violência obstétrica e seus conceitos

A violência obstétrica é qualquer ação que os profissionais de saúde realizam em relação os processos reprodutivos do organismo feminino, expressos como um cuidados desumanizados, uso indevido de intervenções, tratamento e mudança patológica dos processos fisiológicos do nascimento. O termo “violência obstétrica” tem sido objeto de constante debate e oposição, pois embora a combinação de violações tenha sido compreendida, alguns profissionais de saúde acreditavam que a violência obstétrica se devia à falta de leitos e de obstetras (Mato Grosso do Sul, 2019).

Esta consequência levou o Ministério da Saúde a proibir esta expressão em 3 de maio de 2019, onde emitiu despacho pelo qual resolveu que “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério ", quando foi abolido o uso dessa expressão, embora fortemente criticada por organizações de direitos das mulheres (Brasil, 2019). Acontece que no dia 10 de junho o Ministério Público Federal de São Paulo fez referência ao Ministério da Saúde recomendando que o órgão reconhecesse a legitimidade do uso do termo “violência obstétrica”, porém, embora tenha reconhecido o direito de mulheres fazerem uso da expressão, manteve-se no posicionamento antes fixado, de não utilizar o termo em normas ou políticas públicas. Portanto, mesmo que esta expressão não se justifique para fins normativos, a violência obstétrica passou a consistir na prática e utilização de procedimentos desrespeita e ataca as mulheres durante a gravidez, trabalho de parto ou parto.

Hoje em dia, o parto tem sido considerado um processo patológico onde existe que resultou na introdução da técnica de “parto dirigido” em que a mulher é mantida semi-imóvel, membros inferiores abertos e em posição sendo subordinada a utilização de drogas por ingestão oral de líquidos, sujeita ao uso de fármacos que induzem o parto e ao uso de procedimentos como a episiotomia e o fórceps. Este é o modelo de assistência mais habitual no cenário da saúde brasileira, geralmente realizado por profissional médico em serviço hospitalar (Medeiros *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde, publicou, em fevereiro de 2018 diretrizes sobre os padrões mundiais de atendimentos à gestantes, objetivando diminuir o uso desnecessário de algumas intervenções, em principal, a própria cesárea, que com o tempo passou a ser um bem de consumo elitizado. De acordo com estudos, uma proporção significativa de gestantes saudáveispassaram por ao menos uma intervenção

clinica durante o parto (OMS, 2018), passando por abusos e desrespeitos cometidos em instituições de saúde de formas diversas. Que serão detalhadas a seguir.

A episiotomia é um procedimento cirúrgico realizado por médicos para aumentar a abertura do canal vaginal com uma incisão realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com um bisturi, algumas vezes sem o uso de anestesia. De acordo com estudos 53,5% é a porcetagem deste procedimento em partos vaginais, quando o recomendado peça OMS seria 10% (Fiocruz, 2022).

Sobre a Manobra de Kristeller esclarecemos que é um procedimento que consiste em um movimento de força realizado na parte superior do útero, objetivando empurrar o feto em direção à pelve. A manobra é cada vez mais usada em hospitais, para que o parto ocorra da forma mais rápida possível. Tal intervenção é um desrespeito a integridade física da gestante, podendo provocar lesões, hemorragias, hematomas e até deformações no próprio feto (Fiocruz, 2021).

Aplicação de ocitocina é Procedimento de Aplicação do hormônio Ocitocina utilizado para acelerar o processo de contrações uterinas, o que acelera o trabalho de parto. A Ocitocina em sua forma artificial é ministrada através de soro e usada de forma desregulada e indiscriminada. Sua aplicação sem causa que há fundamente causa aumento nas dores durante as contrações e pode gerar drásticas consequências para o feto, causando asfixia e morte, e para a gestante (Fiocruz, 2021).

As Cesáreas Eletivas, mesmo diante as inúmeras políticas públicas acerca do percentual recomendado de cesáreas emitido pela OMS, onde o percentual coerente e seguro é de 15% de partos cesáreos, a proporção de partos cesáreos no Brasil foi de 55% no ano de 2021 (Fiocruz, 2021). A cesariana eletiva consiste em um parto pré-agendado, o que na rede privada de saúde tem um excelente funcionamento, porém, na rede pública a oportunização dessa forma de concepção é deveras menor. De acordo com pesquisa realizada pelo Instituto Crescer, 80% dos partos em hospitais particulares do estado de São Paulo foram cesáreas em 2020 (Malacarne, 2021).

As restrições da posição para o parto são ações quando a gestante não tem o direito de escolher em qual posição deseja estar no momento da concepção. O Ministério da Saúde através de políticas públicas expõe cartilhas que evidenciam as várias posições possíveis, ressaltando que a posição de cócoras, sentada ou de joelhos são as melhores para facilitar a saída do bebê (Brasil, 2014). A Resolução nº 36 da Agência Nacional de Vigilância e Saúde (ANVISA), trata sobre o regulamento técnico

para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal assegurando o direito da gestante de escolher a posição na qual deseja estar ao momento do parto

A proibição de acompanhante é a desconsideração do direito ao acompanhante infringe a Lei nº 11.108, que estabelece que "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 um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, o parto e pós-parto imediato", além de desiludir a Resolução supracitada (Brasil, 2005). De acordo com os dados apontados no trabalho de Sauaia e Serra (2016), menos de 20% das gestantes obtiveram o benefício da presença continua do acompanhante durante todo período expresso na lei. Transformando a lei em um direito de elite, visto que, tal privilegio pertence em grande maioria a mulheres de classe média e alta, com escolaridade superior, brancas e usuárias dos setores privados de saúde.

As formas de violência obstétrica não são tão delimitadas, visto que pela ausência de tipificação legal especifica, deve se levar em consideração o direito natural presumido de cada indivíduo, no presente questionamento, o da gestante. Assim, há direitos normatizados que cada gestante tem, como o direito ao acompanhante, ao pré-natal e outros. Por outro lado, há direitos naturais, tais como, toda mulher tem o direito de decidir, quando não houver causa legal que impossibilite, sobre sua integridade física, sobre como quer o ambiente de sua concepção, quem pode ou não tocar nela ou como ela quer que seja seu próprio parto (Malacarne, 2021).

> No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (Odent, 2022).

Como se observa, é visível o motivo pelo qual uma quantidade significativa das gestantes desenvolve medo do parto normal a ponto de rejeita-lo desde o início. Indubitavelmente o questionamento não gira em torno da escolha da gestante e sim de sua motivação.

2.5 A possibilidade de punição dos praticantes de violência obstétrica

No Brasil, não existe lei específica ou autoridade legal que trate sobre violência

obstétrica. No entanto, existem projetos de lei para lidar com tipos de violência, como a PL 5435/2020, que dispóes sobre o Estatuto da Gestante (Brasil, 2020). A proposta estipula que as mulheres grávidas devem ser beneficiárias da política nacional para permitir que a gravidez se desenvolva completamente. Além disso, terá de haver suporte subsidiário à família (especialmente com mais de quatro filhos) “que assegure o nascimento da criança concebida e a sua infância, em condições dignas de existência” (Brasil, 2020).

Porém, o PL ainda não foi sancionado. Nem de instituições como o Ministério da Saúde, nem de hospitais, principalmente públicos deveriam haver intervenções, é necessário um plano de parto para proteger parcialmente as mulheres contra a violência obstétrica, os documentos devem ser enviados aos hospitais onde ocorre o parto, mas a maioria dos prestadores de cuidados de saúde ignora a informação contida no plano.

Por ausência de tipificação, a instrução sobre onde denunciar a violência é no próprio hospital, na secretária de saúde do local onde ocorreu ou no conselho de medicina aonde o médico(a) tem registro. Ocorre que, os hospitais tem um sistema interno de proteção ao agente de saúde, as denúncias não são averiguadas, pois a averiguação implicaria em riscos para o profissional envolvido e para a própria instituição. Além disso, denunciar um agressor para seu próprio grupo ou denunciar irregularidade para o próprio acusado é entregar um poder inquisitivo e completamente parcial ao polo ativo da violência obstétrica. Não se trata apenas de respeito à mulher, trata-se de um direito. “Toda mulher tem o direito de ser protagonista na hora do parto e ter autonomia total sobre seu próprio corpo, tendo suas vontades e necessidades respeitadas” (Mato Grosso do Sul, 2019).

Furlanetti (2023), arguenta que a ausência de uma classificação criminal específica do tema respalda a existência desse cenário, além de representar uma falha para a legislação brasileira em comparação com outros países, como a Argentina, que impõem em sua legislação.

Apesar de não haver lei específica, os atos entendidos como violações dos direitos das gestantes e parturientes podem ser enquadrados em crimes já previstos na legislação brasileira, como lesão corporal e importunação sexual, por exemplo. Ao contrário da União, ao menos 18 estados e o Distrito Federal possuem algum tipo de legislação sobre o tema – 8 contra violência obstetrícia e 10 sobre parto humanizado. Porém, por não fazer parte do Código Penal e não haver lei federal que trate do assunto, não há previsão de prisão, nestes casos (Andrade; Pimentel, 2022).

Alguns estados determinam pagamento de multa. Neste momento, enquanto a lei não clara, a punição nestes casos não vai acabar com a violência obstétrica, mas vai constranger quem a pratica. Em caso ocorrido no estado do Rio de Janeiro em 2022, em que um médico foi flagrado estuprando uma paciente cedada durante o parto, os profissionais de saúde que acompanhavam o procedimento, percebendo prática de violência sexual e de violência obstétrica, produziram provas necessárias para a prisão do médico, por meio de um celular (Andrade; Pimentel, 2022).

3. Considerações Finais

Ainda hoje, a legislação brasileira não tipifica de maneira clara a violência obstétrica e por isso, não protege, de modo incisivo, a figura do paciente descrevendo seus direitos, os meios protetivos e de defesa. Em vista disso, a violência obstétrica não possui uma ferramenta legal eficaz para sua erradicação, uma vez que o paciente encontra-se desamparado no ordenamento jurídico.

As diversas praticas que são carregadas de significados culturais estereotipados que desvalorizam a mulher e seu corpo, avessados por ideologias medicas e de gênero que naturalizam e perpetuam a cada dia o cometimento de um crime na cultura institucional dos hospitais.

Alguns estados possuem legislações regulamentadoras sobre o assunto, mas podemos considerar isso um avação ainda pequeno, necessitando de maneira urgente de uma legislação federal e específica sobre o assunto, entendendo que hoje não exientem politicas publicas suficientes e claras que possibilitem evitar a impunidade.

Referências

AGUIAR, J.anaina M.arques de; D'OIIVEIRA, A.na F.lavia P.ires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface (Botucatu)** [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 27 abr 017];15(36):79-92. Disponível em: doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035

ALVES, C.amilla T.heresa Ambrozio. Violência Obstétrica e Legislação: Uma Análise Critica dos Abusos Contra as Mulheres. Publicado em Jusbrasil https://www.jusbrasil.com.br/artigos/violencia-obstetrica-e-legislacao/790650089. Acessado em 08/10/2023.

ANDRADE, C.arolina; PIMENTEL, T.hais (2022). Brasil não tem lei federal que trate de violência obstétrica ou parto humanizado; maioria dos estados tem legislação sobre tema. https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/07/17/brasil-nao-tem-lei-federal-que-trate-de-violencia-obstetrica-ou-parto-humanizado-maioria-dos-estados-tem-legislacao-sobre-tema.ghtml. Visualizada em: 08/10/2023.

ARGENTINA. Lei nº 26.485, de abril de 2009. Lei de proteção integral da mulher. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/actualizacion. Acesso em: 02 ago.

2023.

BARBOSA, L.C.uara de Carvalho; FABBRO, M.árcia RR.egina C.angiani; PEREIRA, G.eovânia P.ereira dos Reis. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. av.enferm. **Bogotá** , v. 35, n. 2, p. 190-207, Aug. 2017 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200190&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2023. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637.

BITENCOURT, A.ngélica de C.ássia; OLIVEIRA, S.amanta L.uzia de; RENNÓ, G.iseli Mendes. Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**., Recife, 22 (4):953-961 out-dez., 2022 • https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040012

BRASIL. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei nº 1.596, de 29 de Dezembro de 1917. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. **Secretaria dos Negócios do Interior**, São Paulo, SP, 1917. Disponivel em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1917/lei-1596-29.12.1917.html

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Recomendação Nº 024, de 16 de Maio de 2019**. Trecentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, 16 e 17 de maio de 2019. Disponivel em: https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1988. Disponivel em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002. Disponivel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1991. Disponivel em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-40-15-fevereiro-1991-342631-publicacaooriginal-1-pe.html

BRASIL. Decreto Nº 591, de 6 de Julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1992. Disponivel em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1992/decreto-591-6-julho-1992-449000-publicacaooriginal-1-pe.html

BRASIL. Decreto-Lei Nº 5.452, de 01 de Maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1943. Disponivel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005. Disponivel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm

BRASIL. Lei Nº 11.340, de 07 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. Disponivel em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-

2006/2006/lei/l11340.htm

BRASIL. Lei Nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007. Disponivel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm

BRASIL. Lei Nº 14.326, de 12 de Abril de 2022. Altera a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), para assegurar à mulher presa gestante ou puérpera tratamento humanitário antes e durante o trabalho de parto e no período de puerpério, bem como assistência integral à sua saúde e à do recém-nascido. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022. Disponivel em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14326-12-abril-2022-792501-norma-pl.html

BRASIL. Lei Nº 14.443, de 02 de Setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022. Disponivel em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14443-2-setembro-2022-793189-publicacaooriginal-166038-pl.html

BRASIL. Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Disponivel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Posições de Parto**. Editora MS, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/caderneta_gestante_posicoes_parto.pdf.
Disponivel em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/caderneta_gestante_posicoes_parto.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 36, de 3 de Junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponivel em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html

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

BRASIL. Portaria Nº 569, de 1º de Junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2000. Disponivel em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL. Projeto de Lei Nº 3.946, de 2021. Dispõe sobre o exercício da profissão de doula**. Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021. Disponivel em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2320059

BRASIL. Projeto de Lei Nº 5.435, de 2020. Dispõe sobre o Estatuto da Gestante. **Diário do Senado Federal**, n. 180, 2020. Disponivel em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/03/12/projeto-cria-o-estatuto-da-gestante

BRENES, A.C.B. História da parturição no Brasil, século XIX. Saúde Pública 7(2) • Jun 1991 https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa analisa a preferência de médicos e pacientes pela cesariana. 2009. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-preferencia-de-medicos-e-pacientespela-cesariana . Acesso em: 15/08/2023.

FURLANETTI, G.eisi E.len De A.raujo G.omes. Violência obstétrica–responsabilização no ordenamento

jurídico Conteudo Juridico, Brasilia-DF: 29 set 2023, 04:24. Disponivel em: https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/63255/violncia-obsttrica-responsabilizao-no-ordenamento-jurdico. Acesso em: 08 out 2023.

GOMES, G.abriella Farias; SANTOS, A.na P.aula V.idal dos. Assistência de enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 211–220, 2017.

KLEIN, M.ichael; KACZOROWSKI, J.anusz; TOMKINSON, J.ocelyn, HEARPS, S.tephen; BARADARAN, Nazli. Family physicians who provide intrapartum care and those who do not: very different ways of viewing childbirth. **Can Fam Physician**. 2011;57(4):e139-e147. PMid:21490345.

LEITE, Tatiana. H.enriques; MARQUES, E.manuele S.ouza; PEREIRA, A.na P.aula Esteves;; NUCCI, M.arina Fisher.; PORTELLA, Yammê;. ; LEAL, M.aria do C.armo. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 27 (02) • Fev 2022 • https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020

MACHADO, E.G.C.merson Godoi Cordeiro. **O Parto na Antiguidade**. Blog Núcleo Bem Nascer, 2015. Disponível em: http://www.nucleobemnascer.com/noticia/o-parto-naantiguidade#:~:text=Os%20registros%20hist%C3%B3ricos%20a%20respeito,nascido%20vis%C3%ADvel%20entre%20suas%20coxas. Acesso em: 08/10/2023

MALACARNE, Juliana. 80% dos partos em hospitais particulares de São Paulo foram cesáreas em 2020. **Revista Crescer**, 2021. Disponível em: https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/noticia/2021/01/80-dos-partos-emhospitais-particulares-de-sao-paulo-foram-cesareas-em-2020.html . Acesso em: 30/11/2022.

MATO GROSSO DO SUL. **Defensoria Pública do Estado**. Núcleo Institucional de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM). Violência Obstétrica: Gestação e Parto. 2019. Disponível em: https://www.naosecale.ms.gov.br/violenciaobstetrica/ . Acesso em: 07/08/2023.

MATO GROSSO DO SUL. Defensoria Pública do Estado. Núcleo Institucional de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM). **Violência Obstétrica: Gestação e Parto**. 2019. Disponível em: https://www.naosecale.ms.gov.br/violenciaobstetrica/. Acesso em: 30/11/2022.

MEDEIROS, N.athália C.osta M.elquiades,; MARTINS, E.dmara N.óbrega X.avier. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Temas em saúde**, v. 16, n. 3, p. 503 – 508, 2016.

MINAS GERAIS. Lei Nº 23.175, de 21 de Dezembro de 2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Belo Horizonte, MG: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2018. Disponivel em: https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/23175/2018/

NASCIMENTO, S.amilla L.eal; PIRES, V.ilara M.aria M.esquita M.endes; SANTOS, Ninalva de .Andrade. Santos; MACHADO, J.uliana C.osta; MEIRA, L.eila S.ilva; PALMARELLA, V.anda R.odrigues. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José , n. 37, p. 66-79, Dec. 2019. Access on 08 Oct. 2023. http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.35264.

ODENT, M.ichel. **Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer.** Carta de Campinas, Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), 2022.

OMS – **Organização Mundial da Saúde.** OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto. ANDI, 2018. Disponível em: https://andi.org.br/2018/02/oms-publica-novas-diretrizes-para- reduzirintervencoes-medicas-desnecessarias-no-parto/ . Acesso em: 08/10/2023.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: "Parirás com dor".** Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf

PICCININI, C.A.; ALINE, G.G.; TATIANA, N.; RITA, S.L. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. Estud**. 13 (1) • Mar 2008 • https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008

PICKLES, Camilla. Eliminating abusive 'care': a criminal law response to obstetric violence in South Africa. **South African Crime Quarterly**, v. 54, p. 5-16, 2015.
SAUAIA, A.rtenira da S.ilva,; SERRA, Silva. S.auaia; MAIANE, aiane CC.ibele de MM.esquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília-DF**, v. 2, n. 1, p. 128 -147, 2016.

SILVA, G.abriela A.laves; SOUZA, J.osiene A.paraceda de. A VIOLÊNCIA OBSTETRICA FRENTE AO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO. PIXELS – Ano IV – Vol. II – 2022 – (ago - dez.) – ISSN 2675-8709. http://fdcl.edu.br/revista/pixels/wp-content/uploads/2022/12/8-SILVA-E-SOUZA-A-VIOLENCIA-OBSTETRICA-FRENTE-AO-ORDENAMENTO-JURIDICO-BRASILEIRO.pdf

TEIXEIRA, L.ara A.zevedo; SOARES, L.ayanne C.intra; BRITO, V.erônica P.erus de;; CARRIJO, Alice. M.irane M.alta; SOUZA, M.arcela G.omes de. A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Rev. Aten. Saúde**. 2020; 18(65): 137-144.

TESSER, C.harles D.alcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, H.alana F.aria de A.guiar; DINIZ, S.imone G.rilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1013. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013. Acesso em: 8 out. 2023.

VENEZUELA (2007). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial n° 38668 de 23 abr. 2007. Acesso em 02 de agosto, 2016, em Acesso em 02 de agosto, 2016, emhttp://observatoriointernacional.com/?p=732

WOLFF, L.eila R.egina; WALDOW, V.era R.egina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, 17(3), 2008 138-151. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014 .

ZANARDO, G.abriela L.emos de P.inho; URIBE, M.agaly C.alderon; NADAL, A.na H.ertzog R.amos De; HABIGZANG, L.uisa F.ernanda. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Psicologia & Sociedade**, 29: e155043. http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043