

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS - FDA

BIATRIZ LOPES DA SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A OMISSÃO LEGISLATIVA BRASILEIRA: UMA  
COMPARAÇÃO COM A LEI ARGENTINA DO PARTO HUMANIZADO  
(LEY N° 25.929/2004)**

MACEIÓ-AL

2023

BIATRIZ LOPES DA SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A OMISSÃO LEGISLATIVA BRASILEIRA: UMA  
COMPARAÇÃO COM A LEI ARGENTINA DO PARTO HUMANIZADO  
(LEY N° 25.929/2004)**

Monografia apresentada à Faculdade de Direito de Alagoas (FDA/UFAL), como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Prof. Dr. Hugo Leonardo Rodrigues Santos

---

Assinatura do(a) orientador(a)

MACEIÓ-AL

2023

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S586v Silva, Biatriz Lopes da.  
Violência obstétrica e a omissão legislativa brasileira : uma comparação com a lei argentina do parto humanizado (Ley nº 25.929/2004) / Biatriz Lopes da Silva. – 2023.  
50 f.

Orientador: Hugo Leonardo Rodrigues Santos.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 46-50.

1. Argentina. Lei n. 25.929, de 21 de setembro de 2004. 2. Violência obstétrica. 3. Parto humanizado. 4. Omissão legislativa - Brasil. 5. Direito humanos. I. Título.

CDU: 392.52(81/82)

## AGRADECIMENTOS

Antes de todos, a Deus e à Nossa Senhora pelo amor incondicional e pelo amparo durante todos os momentos felizes e delicados na trajetória, não havendo dúvidas de que estariam sempre comigo iluminando e guiando pelos melhores caminhos.

Ao motivo da minha felicidade, minha filha Laís que chegou num dos momentos mais importantes me fazendo conhecer o amor, sempre compreendendo minhas ausências como mãe para que pudesse protagonizar outros papéis importantes e partes de nossa vida, mas que nunca me deixou esmorecer ou pensar em desistir.

Aos meus pais, Luciene e Gilberto, pela vida, cuidado e por acreditarem em mim quando não existiam motivos para tal, mas que sempre estiveram lá me apoiando e aplaudindo nossas conquistas juntos. À minha avó, Maria Auxiliadora, por encarar as adversidades ao meu lado, sendo minha certeza de nunca estar só e de que conseguiria tudo que almejasse.

Ao meu marido, Lucas, por acreditar em mim e me possibilitar todos os meios necessários para que conseguisse alcançar meus objetivos, seja partilhando juntos felicidades e angústias, seja sendo o pai exemplar que nossa filha precisou quando estive ausente por outras demandas.

À minha família por todo incentivo e pelo apoio ao longo desses anos, por acreditarem nos meus sonhos e me estimularem a ir além.

À geração de mulheres incríveis que Deus colocou em meu caminho, parentes, amigas e professoras, que me fizeram conhecer a força do gênero feminino e a importância de lutar por nosso espaço, sobretudo à minha mãe que me ensinou desde pequena o quão grandes somos através de seu exemplo extraordinário.

Aos meus amigos do banquinho – Elis, Joana, Laura, Lucas, Pedro e Vida – que estiveram ao meu lado durante os altos e baixos da graduação, mostrando que amizade é sobre dividir os momentos, partilhar os sentimentos e estar disposto a ajudar quando necessário. Sem vocês não teria chegado até aqui.

À minha turma da graduação por toda compreensão e assistência durante a gravidez e puerpério, pelos ensinamentos, estudos, anotações e tudo que foi partilhado, inclusive os momentos que levarei sempre em meu coração.

Ao meu orientador, Professor Doutor Hugo Leonardo, por encarar o desafio de uma pesquisa tão diferente e por todos os ensinamentos que foram transmitidos durante os meses de desenvolvimento do trabalho. Pela prontidão e compreensão com os contratemplos e por ser um ser humano ímpar, o qual sempre serei grata por ter acolhido minhas ideias e me auxiliado no processo.

## RESUMO

O presente trabalho dedicou-se a estudar a violência obstétrica e as suas espécies, observando o quão reiteradas são as práticas abusivas e violadoras de direitos das mulheres no contexto gravídico-puerperal no Brasil. Para isso, a análise foi feita sob um aspecto comparativo com a Lei argentina nº 25.929/2004, que trata do parto humanizado e de como países como a Argentina promoveram mudanças significativas em suas políticas de saúde através do reconhecimento da violência obstétrica como modalidade de violência de gênero e da necessidade de mudanças na atenção obstétrica em prol de humanizar o parto. A pesquisa utilizou-se dos métodos dedutivo, histórico e observacional para aduzir suas conclusões, por meio de onde constatou-se que o Estado brasileiro é omissos frente à violência obstétrica, por não instituir uma regulamentação legal que conceitue e formule políticas de combate a esta espécie de agressão em específico, visto que a realidade nos hospitais e maternidades brasileiros constitui violações às leis já existentes e aos direitos humanos das mulheres. Diante disso, denotou-se que num exame comparativo com legislações tal qual a *ley nº 25.929/2004*, o país encontra-se em posição de atraso e negligência, pois as agressões na seara obstétrica são recorrentes e constantemente naturalizadas, o que dificulta seu efetivo combate, enquanto que os países que possuem fontes normativas que reprimem a violência obstétrica lideram as estatísticas sobre humanização do parto.

**Palavras-chave:** violência obstétrica; humanização do parto; Lei argentina nº 25.929/2004; omissão legislativa brasileira; Direitos Humanos.

## RESUMEN

El presente trabajo se dedicó a estudiar la violencia obstétrica y sus especies, observando cómo se repiten las prácticas abusivas y violatorias de los derechos de las mujeres en el contexto embarazo-puerperio en Brasil. Para ello, se realizó el análisis desde un punto de vista comparativo con la ley argentina n° 25.929/2004, que trata sobre el parto humanizado y cómo países como Argentina han impulsado cambios significativos en sus políticas de salud a través del reconocimiento de la violencia obstétrica como un tipo de la violencia de género y la necesidad de cambios en la atención obstétrica para humanizar el parto. La investigación utilizó métodos deductivos, históricos y observacionales para extraer sus conclusiones, a través de las cuales se constató que el Estado brasileño guarda silencio frente a la violencia obstétrica, por no instituir una regulación legal que conceptualice y formule políticas para combatir este tipo específico de agresión, ya que la realidad en los hospitales y maternidades brasileñas constituye una violación de las leyes existentes y de los derechos humanos de las mujeres. Frente a ello, se señaló que en un examen comparativo con legislaciones como la Ley n° 25.929/2004, el país se encuentra en una posición de atraso y negligencia, ya que las agresiones en el área obstétrica son recurrentes y constantemente naturalizadas, lo que dificulta combatir eficazmente, mientras que los países que cuentan con fuentes normativas que reprimen la violencia obstétrica lideran las estadísticas sobre humanización del parto.

**Palabras-clave:** violencia obstétrica; humanización del parto; Ley Argentina N° 25.929/2004; omisión legislativa brasileña; Derechos humanos.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS ESPÉCIES NO DIREITO BRASILEIRO .....	9
2.1. A violência obstétrica e sua prática reiterada no Brasil. ....	10
2.2. Espécies de violência obstétrica: física, psicológica, institucional e sexual.....	13
2.3. A legislação brasileira que visa prevenir e punir a violência contra a mulher e sua insuficiência no tocante à violência obstétrica.....	15
3. A LEI ARGENTINA nº 25.929/2004: UM MIRANTE PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO .....	21
3.1. Notas históricas para a tutela do parto humanizado na Argentina .....	22
3.2. A legislação argentina e as tutelas asseguradas em torno da violência obstétrica. ....	25
3.3. Dos direitos decorrentes da Lei do Parto Humanizado e sua aplicação prática para a minimização dos casos de violência obstétrica na Argentina. ....	28
4. ANÁLISE COMPARATIVA DA EXPERIÊNCIA ARGENTINA PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DA NECESSIDADE DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL .....	31
4.1. Dos direitos a serem efetivados .....	33
4.2. Das políticas públicas a serem adotadas .....	36
4.3. Da omissão legislativa brasileira sobre a violência obstétrica e a necessidade de humanização do parto .....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46

## 1. INTRODUÇÃO

Com o avanço das tecnologias que promoveram melhorias na medicina e na área da saúde em geral, bem como na qualidade de vida das pessoas, algumas práticas tradicionais e culturais foram superadas. Na parturição, foi adotado um modelo de assistência obstétrica denominado pelos estudiosos como *tecnocrático*. Isso quer dizer que o tradicionalismo de parir em casa, com o auxílio das parteiras e de forma natural, foi substituído pelo parto nos centros cirúrgicos, a mercê de violações e de maus tratos. A condução do parto passou a ser realizada por profissionais de saúde, principalmente por médicos, que ao aderirem a tecnologia para seu trabalho, parecem valorizar pouco o caráter humanístico do momento do parto que deve ser protagonizado pela mulher.

Nesta senda, observa-se o crescimento da violência obstétrica, que não possui uma definição legal no Brasil, mas que se enquadra como uma violência de gênero podendo ser acometida contra mulheres que estejam em estado gravídico-puerperal. Essa violência possui uma enorme recorrência, constituindo desrespeito às leis brasileiras e aos direitos humanos. Tais violações compõem um enorme problema de saúde pública. Não obstante, deixam de receber o tratamento que lhe convém, o que torna o conjunto de práticas que ferem os direitos da mulher como algo naturalizado, parte do processo médico e social, e invisível aos olhos das pessoas, que desconhecem o que são as agressões e abusos sofridos no contexto do parto e puerpério.

Diferentemente do Brasil, alguns países da América Latina adotaram medidas legislativas para conceituar e reprimir a violência obstétrica – incluindo-a nas formas de violência contra a mulher, bem como dispendo sobre a necessidade de humanização do parto e como isso pode ser feito pelos profissionais de saúde, estabelecendo as práticas recomendadas e as que devem ser evitadas de acordo com a medicina baseada em evidências. O trabalho propôs a análise da lei argentina nº 25.929/2004 e os efeitos de sua instituição naquele país, sob um aspecto comparativo com a omissão legislativa brasileira quanto às violações ocasionadas pela violência obstétrica e à ausência de humanização no parto das mulheres brasileiras nos hospitais e maternidades.

O primeiro capítulo tratou de conceituar a violência obstétrica e quais as suas modalidades, analisando também como a legislação brasileira que existe é insuficiente no tocante à essa forma de violência contra a mulher e de que forma isso colabora para que as violações sejam reiteradas. Posteriormente, no segundo capítulo, tratou-se da lei argentina para



o parto humanizado, descrevendo a história da luta percorrida pelas mulheres daquele país para que os direitos concernentes ao parto e pós-parto fossem conhecidos e respeitados, além do exame da lei, de seu teor e das políticas públicas que surgiram com sua instituição, demonstrando as melhorias e avanços conquistados. Por fim, no último capítulo, foi feita uma comparação entre a experiência argentina e a omissão do Brasil ao não possuir regulamentação legal da violência obstétrica e não difundir noções para que o parto seja humanizado. O intuito foi de possibilitar a compreensão da importância de efetivar direitos já existentes, da adoção de políticas públicas efetivas e de um marco legislativo que possua caráter pedagógico, visando a informar as pessoas sobre o problema grave e cotidiano da violência obstétrica.

Assim, tratando dos objetivos gerais, a pesquisa concentrou-se em demonstrar os efeitos negativos da ausência de uma regulamentação legal para violência obstétrica e da importância de caráter humano no parto que foi destoado com os avanços na medicina. Ressaltando-se a importância de um marco legal para que surjam políticas públicas efetivas, tal qual ocorre na Argentina 19 anos após a implementação da Lei do Parto Humanizado. Quanto aos objetivos específicos, analisaram-se os conceitos e formas de manifestação da violência obstétrica, bem como a reiterada execução de suas práticas e também os mecanismos legais existentes no Brasil e na legislação internacional recepcionada para coibir as agressões contra mulheres, observando-se que há uma lacuna sobre essa modalidade específica. Além disso, estudou-se a lei argentina nº 25.929, bem como sua influência na melhoria da estatística argentina sobre os maus tratos ocasionados no parto e pós-parto. Por fim, realizou-se uma análise, com teor comparativo, sobre a lei argentina que assegura o direito a um parto respeitado e as políticas públicas decorrentes dela com a insuficiência legislativa brasileira no tocante ao assunto.

Para possibilitar os estudos e resultados, utilizou-se a sistemática de análise comparativa, apontando as divergências entre o Brasil e Argentina no que consiste à regulamentação legal da violência obstétrica e das políticas existentes para um parto humano e respeitador de direitos, utilizando-se da investigação qualitativa sobre o teor da legislação paradigma instituída na Argentina e da insuficiência das normas de direito brasileiro. A abordagem foi realizada através dos método dedutivo, possibilitando uma análise temporal de como emergiu a violência obstétrica e de como a ausência de regulamentação legal fomenta esses comportamentos, sobretudo ao comparar com países que já se posicionaram sobre o combate dessa forma de violência de gênero. A pesquisa debruçou-se nas fontes normativas do Brasil e Argentina, além da revisão de literatura, monografias, dossiês, documentários, dissertações, livros e artigos que consubstanciaram as constatações feitas.

## **2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS ESPÉCIES NO DIREITO BRASILEIRO**

Numa perspectiva histórica, o nascimento de uma criança ocorria em casa, sendo dotado de ritualismo e do saber empírico das mulheres, denominadas parteiras, que auxiliavam outras mulheres em seu processo fisiológico no momento do parto, com base em experiências anteriores advindas de outros nascimentos. Com a implantação das escolas de medicina e o avanço tecnológico do ramo, os partos passaram a ocorrer através da condução de um médico, perdendo o caráter de tradicionalismo, onde a mulher era a protagonista de um momento especial e esperado, tornando-se assim um procedimento mecânico, porém sem oferecer oposição e solução às violências que começaram a ser percebidas durante o pré parto, parto e pós parto (SILVA et al, 2020, p. 66).

A violência em análise foi silenciada durante muito tempo, ganhando relevância no Brasil a partir de 1980, com o surgimento de movimentos sociais que clamavam pela humanização do parto, em razão dos altos índices de morte das genitoras e dos bebês (ZANARDO et al, 2017, p. 3). Estes movimentos incentivavam a menor intervenção possível na parturição, pois parir é um processo fisiológico da mulher, que independente da intervenção médica, é anatomicamente capaz de fazê-lo, e defender algo diferente disso é o mesmo que dizer que a mulher não é capaz de parir, caso não haja intervenção para tal (MADEIRA et al, 2020, p. 115).

A afirmação não descarta a importância da medicina obstétrica, dos procedimentos e instrumentos médicos, pois a evolução e a tecnologia do ramo promoveram, nos casos em que era necessário, o êxito de muitos partos, sobrevivência e a diminuição de morbidades de mães e neonatos. No entanto, a prática de intervir desnecessariamente no momento do parto tornou-se rotineira, fazendo com que a cesárea seja a via de parto predominante, mesmo com os riscos de prematuridade, admissão em UTI e uso de ventilação mecânica que são seus efeitos mais frequentes para o nascituro (TESSER, 2015, p. 5), tornando a episiotomia (corte realizado entre a vagina e o ânus para “facilitar” a passagem do bebê, com indicação para casos específicos) um procedimento comum, embora considerada por muitos movimentos como uma forma de mutilação genital (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 59), outras práticas também foram desaconselhadas pela medicina baseada em evidências, embora persista na realidade hospitalar brasileira.

A manifestação dessas agressões pode ocorrer de diversas formas. Desde uma restrição da administração hospitalar ao direito da mulher de estar acompanhada, descumprindo a Lei

Federal nº. 11.108/2005, conhecida por lei do acompanhante, até atos que comprometam a integridade física, o bem estar e a saúde física e psíquica da genitora e da criança, como a prática da episiotomia sem a real necessidade.

A violência obstétrica é uma das muitas faces de violência contra a mulher, sendo praticada contra gestantes ou puérperas e contemplando, também, as mulheres em situação de abortamento (MARQUES, 2020, p. 98). É no contexto do pré-natal e/ou do pós parto que sua prática se manifesta, afetando os direitos sexuais e reprodutivos das vítimas. A agressão em análise condiz com violações ao corpo, limitações à autonomia e desrespeito à direitos fundamentais, sobretudo à dignidade (MARQUES, 2020, p. 102). De acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC, no ano de 2010, 25% das mulheres entrevistadas relatam ter sofrido violências, de qualquer caráter, durante o parto. Esses dados revelam que o protagonismo feminino vem cedendo espaço à patologização do parto e às intervenções médicas desnecessárias, com o intuito de mecanizar o processo de nascimento. Este deveria ser protagonizado e decidido, em circunstâncias normais, pela parturiente, respeitando-se seus direitos e as escolhas feitas acerca de seu corpo (MADEIRA et al, 2020, p. 94), atuando o profissional de saúde somente quando necessário.

Além disso, há um agravante na violência obstétrica diante do desconhecimento, por parte de algumas mulheres, de que foram vítimas de tal agressão (MADEIRA et al, 2020, p. 84-85), pois há uma cultura socialmente difundida crente de que o parto é um momento de atuação médica, que reflete em dor e sofrimento como algo natural e que todas as mulheres em trabalho de parto sentirão um dia. Esse pensamento acaba por impor a falsa ideia de que, quanto mais intervenções realizadas, mais assistência se obteve durante o parto (MADEIRA et al, 2020, p. 104). Isso, porque acredita-se que a assistência obstétrica está relacionada à condução do procedimento pelos profissionais de saúde com a realização de diversas intervenções feitas no ambiente hospitalar.

## **2.1. A violência obstétrica e sua prática reiterada no Brasil**

A definição de violência obstétrica, tendo em vista ser um tema de recente discussão, foi proposta por vários estudiosos da pauta e, inclusive, recentemente, pela Organização Mundial da Saúde (DINIZ et al, 2015, p. 379) numa perspectiva geral e interdisciplinar, abrangendo os ramos do direito, da medicina e da psicologia. Assim, a OMS, em 2014, produziu um documento a fim de prevenir e eliminar os abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto

em instituições de saúde, alegando que os relatos são crescentes no tocante à violência física, humilhações, violências de caráter verbal, submissão à procedimentos sem o consentimento da parturiente, bem como a recusa na administração de medicações analgésicas, violações à privacidade, cuidado negligente e, em razão disso, surgimento de complicações no pós parto consideradas evitáveis, e até mesmo a detenção das mães e recém-nascidos no hospital em razão da falta de pagamento (OMS, 2014, p. 1). As considerações da Organização se deram sob os argumentos de que a espécie da violência fere os princípios da não-discriminação, dignidade da pessoa humana, cuidados em saúde sexual e reprodutiva com qualidade e o direito de estar livre da violência (OMS, 2014, p. 1-2)

No direito brasileiro, apesar da recorrência dessas práticas e dos grandes números de ações propostas – sobretudo na seara cível, sob o argumento da responsabilidade civil e pedidos de indenização por danos morais e estéticos – a violência obstétrica não possui uma definição legal, em razão da omissão legislativa que lhe acomete.

Alguns países trataram de conceituar as formas de violência passíveis de serem cometidas contra mulheres, a exemplo da Venezuela, na lei nº. 38.668 de 2007, em seu artigo 15, o qual, em uma parte, explicita o que se entenderia por violência obstétrica, vejamos:

13- Violência obstétrica: Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa no tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, acarretando na perda de autonomia e na capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.<sup>1</sup>

Apesar do conceito ter sido elaborado em 2007, a definição constituiu um paradigma frente ao direito internacional, pois a Venezuela foi pioneira em especificar numa lei o que seria a violência obstétrica e qual seu impacto sobre os direitos das mulheres (DINIZ et al, 2015, p. 379).

Alguns doutrinadores também se encarregaram em estudar e descrever a violência em análise, entendendo, a grande parte deles, que o termo “violência obstétrica” é designado para descrever as diversas formas de violência cometidas no cuidado gravídico-puerperal por profissionais de saúde, podendo ser externadas nas formas de danos físicos, psicológicos e verbais (TESSER et al, 2015, p. 2). No entanto, para outra parte dos estudiosos, prevalece o entendimento de que a conceituação, de forma mais precisa, seria através da definição legal,

---

<sup>1</sup> Texto original: 13. 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.

por meio de uma regulamentação legal que instituísse as práticas silenciadas e reiteradas no contexto de saúde brasileiro, aduzindo que somente através da informação à população e do reconhecimento deste fenômeno, é que seria possível uma mudança de paradigma para a problemática posta (ZANARDO et al, 2017, p. 8).

No que concerne à recorrência das práticas no âmbito obstétrico brasileiro, a pesquisa identificou um percentual de 25% das mulheres enquanto vítimas de violência durante o parto, sendo que 23% haviam escutado algum despropósito – frases como “não chora que ano que vem você está aqui de novo” e “na hora de fazer não chorou” – e ainda que 53% das mulheres que haviam realizado abortamento sofreram violência na assistência médica recebida, das mais variadas espécies, como olhares intimidadores, ameaças e julgamentos pela conduta (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Os números são alarmantes, mas contemplam a realidade, já que esta violência é invisível, devido à falta de informação sobre sua existência, seu conceito e à excessiva confiança atribuída aos médicos na condução do parto. Muitas parturientes foram vítimas de violações no cuidado neonatal e nem sabem disso, acreditando que a dor e as privações sofridas foram necessárias para o êxito do nascimento e para a saúde da criança (MADEIRA et al, 2020, p. 89).

Dentre vários fatores que explicam esse fenômeno, um deles condiz com a resistência das instituições de ensino brasileiras em abandonar a prática de aprendizagem das condutas consideradas intervencionistas, pois o ensino superior valoriza demais as práticas cirúrgicas e os condutas para patologias (DINIZ; CHACHAM, 2020, p. 81), enquanto que esquecem o cuidado com a mulher e a criança e o incentivo que poderia ser dado ao parto normal humanizado. O hábito das cesarianas tornou-se tão rotineiro que a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pela Fiocruz e divulgada em 2014, revelou que dos nascimentos que acontecem, 52% se dão pela via de parto cirúrgica, enquanto que a recomendação da OMS, desde 1985, é de que essa taxa esteja em torno de 15% (TESSER, 2015, p. 5), tornando o Brasil o segundo país que mais realiza cesarianas no mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana (ALMEIDA, 2020).

Essa via de parto é uma das práticas rotineiras mais comuns, mas não exclui a incidência de outras, como a da episiotomia – procedimento que deve ser feito em casos extremos, como o de sofrimento fetal, e com a aplicação de anestesia local – que possui um índice de ocorrência em 86% dos partos, de acordo com uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2012 (SILVA et al, 2020, p. 70). Além dela, cumpre citar a manobra de Kristeller – ato de pressionar o útero da mulher externamente com o intuito de agilizar o trabalho de parto – estando presente em 56% dos partos, também de acordo com a Fiocruz. No mais, o uso de

fórceps – instrumento utilizado para “puxar” o bebê pela cabeça –, os exames de toques excessivos para averiguar a dilatação, a aplicação de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto, o jejum de água e comida, o rompimento artificial da bolsa – com instrumentos ou com o dedo – e a privação de analgesia quando solicitada também são condutas comuns à realidade obstétrica no Brasil (MARIANI et al, 2016, p. 49).

Além do caráter desumanizante e arcaico dessas práticas, há também graves violações aos direitos fundamentais das mulheres, visto que a Constituição Federal e vários documentos internacionais asseguram a dignidade da pessoa humana como primordial (BRASIL, 1988), bem como os direitos sexuais e reprodutivos e o direito de exercício destes estando livre de violência e discriminação (ONU, 1995), e o direito de acesso à informação (BRASIL, 1990).

## **2.2. Espécies de violência obstétrica: física, psicológica, institucional e sexual**

A violência obstétrica se manifesta de muitas formas. No entanto, como não há referência legal ou produção técnica acerca de seus atos caracterizadores e de suas espécies, os doutrinadores brasileiros e, em especial, a Rede Princípio do Parto (2012), tratou de especificar e classificar alguns atos de acordo com sua natureza. As mais conhecidas formas de violência obstétrica se dão pelas agressões físicas, psicológicas, institucionais e sexuais (RPP, 2012, p. 60). A CPI apresentada pela RPP contou ainda com outras classificações menos incomuns, sobre as quais não serão aprofundadas neste trabalho em razão da pouca dimensão que elas detém.

A violência física em âmbito obstétrico consiste no emprego de práticas que sejam desnecessárias e violentas, sem o consentimento ou a consciência do que está acontecendo por parte da vítima (VIEIRA et al, 2020, p. 9914), causando sofrimento e danos no corpo – dos graus leves a intensos –, além de serem atos que não possuem respaldo na medicina baseada em evidências (RPP, 2012, p. 60). São exemplos caracterizadores os exames de toque excessivos, a ruptura da bolsa de forma artificial, a episiotomia, a lavagem intestinal, a cesariana sem o consentimento da parturiente (RPP, 2012, p. 60) a tricotomia (raspagem de pelos) e a manobra de Kristeller. Um exemplo que é característico de uma sociedade patriarcal é o chamado “ponto do marido”, que consiste na sutura realizada após a laceração consequente do parto, onde os profissionais de saúde, com o intuito de preservar o prazer masculino, deixam a vagina menor e mais apertada (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 88), desconsiderando a possibilidade de futuras infecções e de dores na relação sexual (RPP, 2012, p. 82).

Essas violações decorrentes da violência física configuram desrespeito à autonomia da mulher na tomada das decisões sobre seu próprio corpo, pois há uma cultura social de que a liberdade feminina deve ser delimitada, de modo que, neste momento de vulnerabilidade, surge um bom contexto para a imposição de procedimentos não autorizados (MADEIRA et al, 2020, p. 102). Os maus tratos promovidos acabam por ser aceitos como “normais” ao momento vivido, uma vez que a sociedade associa o parto a um momento doloroso e que toda violência sofrida deve ser compreendida como um “mal necessário” (MADEIRA et al, 2020, p. 103), por haver uma razão maior – o nascimento de um filho.

No tocante à violência psicológica, esta se concretiza quando são proferidas palavras ou expressões humilhantes e pejorativas que afetem a esfera psicológica e emocional das mulheres envolvidas (SILVA et al, 2020, p. 71). Sua repercussão faz com que a vítima sinta sensações de inferioridade, abandono, medo, insegurança, perda da integridade, da dignidade e vergonha (RPP, 2012, p. 60). A Lei Maria da Penha, em seu artigo 7º, II, define o conceito de violência psicológica contra a mulher, compreendendo-o como condutas que causem dano emocional, diminuição da autoestima e prejuízos à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006), podendo a definição estender-se ao âmbito hospitalar, especificamente na ala obstétrica, pois os fatores desencadeantes e os resultados possuem semelhança. As ameaças, chantagens, grosseria, omissão de informações ou informações em linguagem de difícil compreensão, piadas e o emprego de expressões como “na hora de fazer não chorou”, “ano que vem você está aqui de novo” caracterizam a violência psicológica (RPP, 2012, p. 60).

Já a violência institucional, abrange as condutas que inviabilizem ou tornem dificultoso o acesso das gestantes aos seus direitos assegurados (VIEIRA et al, 2020, p. 9914), seja a natureza da conduta pública ou privada, o fito é de retardar a mulher de desfrutar de seu direito (RPP, 2012, p. 61). Na compreensão de Aguiar e D’Oliveira (2010, apud RPP, 2012, p. 50):

“(...) alguns autores apontam que a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema, que, além de submeter seus profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, como a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda social (caracterizando um sucateamento da saúde), também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo, entre outras coisas, com que mulheres em trabalho de parto passem por uma verdadeira peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com sério risco para suas vidas e a de seus bebês.”

A afirmação denota como a violência institucional resulta, dentre outros fatores, das dificuldades e limitações do sistema de saúde público, pois a atuação do profissional de saúde também deriva das condições físicas e materiais disponíveis (RPP, 2012, p. 51). Por outro lado, há também as restrições que são feitas por iniciativa dos profissionais de saúde ou pelo corpo técnico da maternidade, tais como o impedimento do acesso aos serviços de saúde, o

impedimento à amamentação em livre demanda e os protocolos institucionais que contrariem as normas vigentes (RPP, 2012, p. 61), inclusive no tocante à presença do acompanhante de livre escolha, direito previsto na Lei Federal nº11.108, em seu artigo 19.

Complementando a Lei do Acompanhante, dispõem o Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 8º, §6º e a Resolução da ANVISA nº 36/2008, que é um direito da mulher gestante estar acompanhada por pessoa de sua livre escolha. No entanto, a proibição de acompanhante é uma violação comum, pois não existe punição para o descumprimento dos referidos dispositivos, de modo que algumas mulheres buscam a polícia e o Ministério Público quando são privadas de seu direito. Porém, outras mulheres aceitam ficar sozinhas, em razão do medo de serem destratadas no atendimento e no cuidado gravídico-puerperal, demonstrando a grande vulnerabilidade as quais se submetem (RPP, 2012, p. 69).

Ao falar do caráter sexual da violência obstétrica, referem-se às ações que violem à intimidade e o pudor da vítima, tendo acesso ou não aos órgãos genitais, mas que de certo modo constrem seus direitos sexuais e reprodutivos de forma mais incisiva (RPP, 2012, p. 60), sendo exemplos os exames de toques excessivos, a episiotomia, os exames feitos nos mamilos sem esclarecimento ou permissão. Os procedimentos, além de abusivos, também podem deixar sequelas na vida sexual das mulheres, tais como dores no momento da penetração durante a relação sexual, sendo consequências da episiotomia e do “ponto do marido” (MADEIRA et al, 2020, p. 108), demonstrando que as consequências da violência perpetuam-se para além do hospital.

### **2.3. A legislação brasileira que visa prevenir e punir a violência contra a mulher e sua insuficiência no tocante à violência obstétrica**

A justiça brasileira, atualmente, busca dirimir os conflitos consequentes da violência obstétrica na seara cível, em razão da ausência da definição, enquanto forma de violência contra a mulher, nas leis penais, caracterizando as demandas propostas sempre no sentido de negligência no procedimento obstétrico (NALIN; COSTA, 2020). Embora exista a possibilidade de recorrer ao Poder Judiciário para ser indenizada, ainda é muito pequeno o número de mulheres que procuram respaldo jurídico, se comparado aos números apresentados pelas pesquisas de violações que foram sofridas no contexto de assistência obstétrica (AZEVEDO, 2015).

As poucas ações propostas fundamentam-se na Constituição Federal (artigos 1º e 5º), sobretudo nos princípios da dignidade humana, isonomia e direito à informação. Por não haver



regulamentação legal que delimite a violência em apreço, utiliza-se a responsabilidade civil, prevista no Código Civil Brasileiro, em seu artigo 186 associado ao artigo 927, aduzindo que quem por meio de ato ilícito – decorrente de ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência – causar dano a outrem, deve repará-lo (BRASIL, 2002). Por não haver uma norma central que direcione os aplicadores do direito e diante da complexidade do assunto, o entendimento dos tribunais possui uma gama de divergências, a exemplo do julgado do Tribunal de Santa Catarina, em sede de apelação cível:

APELAÇÃO CÍVEL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS CONTRA O ESTADO DE SANTA CATARINA. PARTO DE ALTO RISCO. AUTORA QUE TEVE LACERAÇÃO DO PERÍNEO EM GRAU 2. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DA AUTORA. ALEGAÇÃO DE CERCEAMENTO DE DEFESA ANTE NÃO REALIZAÇÃO DE NOVA PERÍCIA E OITIVA DE TESTEMUNHAS. MATÉRIA CONTROVERTIDA QUE NÃO CARECE DE DILAÇÃO PROBATÓRIA, POIS DEVERIA TER SIDO ESCLARECIDA POR OCASIÃO DA PROVA TÉCNICA. DESNECESSÁRIA A OITIVA DE TESTEMUNHAS PARA O DESLINDE DO FEITO. PRELIMINAR RECHAÇADA. ALEGAÇÃO DE QUE SOFREU VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL. IMPERTINÊNCIA. [...] AUSÊNCIA DE FALHA NOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO NOSOCÔMIO E DE PROVAS DO DANO ALEGADO. RESPONSABILIDADE OBJETIVA NÃO VERIFICADA. ERRO MÉDICO NÃO CONFIGURADO. ATO ILÍCITO NÃO CARACTERIZADO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJ-SC - AC: 10223977020138240023 Capital 1022397-70.2013.8.24.0023, Relator: Pedro Manoel Abreu, Data de Julgamento: 25/09/2018, Primeira Câmara de Direito Público).

O recurso foi desprovido e a impertinência do sofrimento de violência obstétrica foi configurada, mesmo não havendo a oitiva de testemunhas e nem a realização de prova técnica, uma vez que, a violência obstétrica *per se*, já é de difícil comprovação. Aliada à ausência de uma norma que defina os parâmetros de condução dessas violações, o ônus de provar ser vítima dessa violência é muito árduo e, por vezes, inviável.

Já em outra demanda sobre conflitos durante o parto, o Tribunal do Rio Grande do Sul, também em sede de apelação cível, se posicionou da seguinte forma:

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. PARTO POR CESARIANA INTERROMPIDO PARA DISCUSSÃO ACERCA DA FORMA DE PAGAMENTO: SUS OU PARTICULAR. DEMANDA MOVIDA CONTRA O HOSPITAL E O PROFISSIONAL LIBERAL. RESPONSABILIDADE RECONHECIDA. SENTENÇA REFORMADA. 1. Existindo expectativa inicial dos demandantes de que o parto seria financiado pelo SUS, tendo havido mudança nessa condição durante o longo período entre a internação e a conclusão do procedimento, com a necessidade de que tivessem eles que desembolsar a quantia de R\$ 3.250,00 a financiá-lo, em ambiente de extrema pressão emocional, evidente o dever de indenizar os danos materiais e morais daí decorrentes. Da prova produzida, percebe-se que a narrativa inicial dos demandantes está corroborada. Não se está diante de situação de mero desacerto comercial, em que o elemento emocional seria irrelevante para o resultado contratado. Estava a primeira demandante internada para parto, com expectativa de financiamento pelo SUS, quando o procedimento fora

interrompido pelo médico Rafael, seguido de longa espera, até que o segundo demandante angariasse fundos a custear o parto com recursos próprios. Havia, inegavelmente, uma situação que poderia envolver risco a duas vidas, na qual os nervos estão à... flor da pele, e o elemento emocional, além de ser o principal fator a pautar as decisões tomadas, certamente foi utilizado como subterfúgio a convencer ambos os demandantes a optar pela via particular, em caráter de urgência, para evitar maiores problemas à gestante e ao feto. 2. Responsabilidade do médico e do nosocômio demandados pelos danos decorrentes do fato ilícito. 3. Indenização por danos materiais fixada em R\$ 3.250,00. 4. Indenização por danos morais arbitrada em R\$ 8.000,00 aos demandantes. RECURSO PARCIALMENTE CONHECIDO E, NA PARTE ADMITIDA, PROVIDO. (Apelação Cível Nº 70076832922, Décima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Catarina Rita Krieger Martins, Julgado em 28/06/2018). (TJ-RS - AC: 70076832922 RS, Relator: Catarina Rita Krieger Martins, Data de Julgamento: 28/06/2018, Décima Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 06/07/2018).

No caso em tela, configurou-se a violação aos direitos da gestante, sobretudo às questões morais e emocionais, pois o momento do parto relaciona-se com a saúde física e mental, já que é um momento marcante na vida da mulher que está prestes a conhecer o ser humano que gerou em seu corpo durante o tempo de gravidez. Reconhecendo a importância disso, a jurisprudência em análise prove parcialmente o recurso, admitindo que houve responsabilidade do médico ao ignorar a importância do parto de sua paciente e constrange-la ao falar sobre os detalhes do pagamento, incorrendo em ato ilícito, diante dos danos que poderia provocar à saúde da parturiente e da criança que estava por nascer.

Ante o exposto, nota-se que alguns Tribunais pátrios reconhecem e responsabilizam as ações desrespeitosas ocorridas no contexto gravídico-puerperal, enquanto que outros se manifestam de maneira conservadora (NALIN; COSTA, 2020), exigindo provas cabais e de difícil acesso para a configuração da violência obstétrica e a devida punição dos responsáveis.

No tocante aos documentos legais que protegem o público feminino, com o advento da Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (1996), recepcionada no Brasil por meio do Decreto nº 1.973 de 1996, criou-se um paradigma, pois este foi o primeiro tratado internacional específico a debater a violência contra a mulher (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015, p. 513) e como esta violência confrontava os direitos humanos em larga escala. A Convenção inovou a legislação sul-americana ao afirmar que a violência contra a mulher constitui ofensa à dignidade da pessoa humana e é resultado de um desequilíbrio no poderio entre homens e mulheres (BRASIL, 1996), especificando, também, o que se entende por violência contra a mulher, quais suas formas e o que compete aos Estados signatários do tratado executarem para minimizar a manifestação da violência em comento. Além disso, a Convenção de Belém do Pará foi precursora para a criação da Lei nº 11.340 (2006), a Lei Maria da Penha, que dispôs sobre a violência contra as mulheres nos âmbitos

doméstico e familiar e da criação dos Juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha, mesmo com toda eficácia e paulatina redução dos índices de violência doméstica (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015, p. 511), não alcança todos os casos de violência obstétrica, visto que a lei delimita que a ação ou omissão, baseada no gênero, seja cometida dentro da unidade doméstica, do seio familiar ou diante de relações íntimas de afeto, conforme disposto no artigo 5º (BRASIL, 2006), não aplicando-se aos casos da violência no âmbito hospitalar.

Já a Convenção de Belém do Pará, no que concerne às políticas públicas e os meios de contenção da violência contra o público feminino citadas no artigo 7º, destacam-se duas: a alínea “c”, referente a incorporação de normas penais, cíveis e administrativas que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; e alínea “e”, aduzindo que devem-se tomar todas as medidas, inclusive legislativas, para abolir leis e costumes que estimulem a prática da violência de gênero (BRASIL, 1996).

A violência obstétrica, enquanto uma manifestação da violência contra a mulher e carecendo de uma regulamentação jurídica pelo Poder Público para seu reconhecimento e para a promoção dos meios de combate (SILVA et al, 2020, p. 71), encontra substância para a incorporação de uma medida legislativa nos meios sugeridos pela Convenção de Belém do Pará, posto que, por duas vezes, o artigo 7º sugere como solução para as práticas da violência de gênero, inclusive as consuetudinárias, a ação de criação de normas. A necessidade da medida legislativa surge diante da omissão das leis que já existem para esta agressão em específico, pois não há delimitação legal do fenômeno, bem como propositura de ações que auxiliem a combatê-lo (ZANARDO et al, 2017, p. 8), tornando a violência obstétrica “invisível” aos olhos da sociedade, já que não há regulamentação legal sobre o assunto ou incentivo à humanização do parto.

Ademais, a falta de informação, aliada à falta de regulamentação, propiciam o cenário atual: gestantes que não conhecem seus direitos para reivindicá-los e profissionais de saúde desinformados (RODRIGUES et al, 2017; MARTINS et al, 2019, apud VIEIRA et al, 2020, p. 9914) ou que conhecem a informação, porém a ignoram pela garantia de impunidade.

Outro documento importante que aponta ações destinadas ao combate dos maus tratos e violações sofridas durante o parto e puerpério é a Declaração da OMS (2014) para a “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde”, a qual aborda, como algumas medidas possíveis: a informação dos direitos às mulheres para

possibilitar uma escolha esclarecida e os meios judiciais necessários para acesso à justiça no caso de alguma violação (OMS, 2014, p. 2).

A função do direito penal, enquanto *ultima ratio*, é a de tutela dos bens jurídicos que sejam relevantes e caros ao ser humano quando nenhum outro meio é possível para proteger com êxito (MADUREIRA; CORDEIRO, 2021, p. 343). Diante disso, recorre-se à seara penal para que alguma mazela social que não consegue ser minimizada em outras instâncias receba a devida tutela e para que haja a punibilidade, por meio do poder estatal, com a razoabilidade necessária. Embora existam tipos penais que possam ser aplicados nos casos de violência obstétrica, não existe regulamentação específica que seja dotada de eficácia frente ao problema posto (NALIN; COSTA, 2020, p. 8), o que demonstra a importância da criação de um marco legal que institua políticas públicas, traga as diretrizes necessárias ao combate da violência no parto, incentive as mulheres a denunciarem os maus tratos e, principalmente, torne a violência obstétrica visível, para que haja efetiva responsabilização em decorrência das condutas desrespeitosas e violadoras de direitos assegurados (MADUREIRA; CORDEIRO, 2021, p. 363).

É necessário que haja o reconhecimento por parte do Estado brasileiro de que o atual modelo de assistência obstétrica é permeado por abusividades e intervenções desnecessárias, que são causadores de violência contra a mulher (KATZ, 2020, p. 629), sob pena de omissão do Poder Público frente à uma realidade cruel que precisa ser combatida (AZEVEDO, 2015). Alguns projetos de lei foram aprovados no âmbito dos estados, como o Paraná (Lei nº 18.582 de 2015), Rio de Janeiro (Lei nº 7.191 de 2016), São Paulo (Lei nº 17.431 de 2021, seção XXII) e Maranhão (Lei nº 11.450 de 2021), inovando a legislação estadual ao reforçar os direitos da mulher durante o pré-natal, parto e pós parto.

As leis dispõem sobre: a obrigatoriedade dos obstetras nas primeiras consultas de pré-natal e dos exames de Beta HCG informar sobre o direito de estar acompanhada durante o parto (MARANHÃO, 2021), o direito de se movimentar livremente no momento do nascimento da criança, da elaboração de um Plano Individual de Parto manifestando suas opções sobre alguns fatores, princípios norteadores da assistência humanizada, direito à informação (SÃO PAULO, 2021), vedação expressa à manobra de Kristeller e inclusão do termo “violência obstétrica” como ato que deve ser prevenido no rol dos princípios que devem embasar a atenção obstétrica (RIO DE JANEIRO, 2016).

É evidente a importância das leis estaduais por ora citadas, no entanto, a realidade na escala federal ainda coaduna com omissão e descaso, pois enquanto responsável pela saúde pública e pela proteção dos bens jurídicos tutelados – dignidade, vida e integridade física da

mulher e da criança – o Estado falha em se omitir e não punir as ações abusivas ocorridas durante o parto e pós parto (BRUN et al, 2021, p. 5).

### 3. A LEI ARGENTINA n° 25.929/2004: UM MIRANTE PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A violência obstétrica, enquanto um problema de saúde pública e de violência de gênero em escala global, recebe diferentes políticas de enfrentamento ao redor do globo. A Argentina é um dos poucos países que cuidou de editar uma legislação específica para a tutela dos direitos da mulher em torno dos momentos de gestação, parto e pós parto (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 131).

Para essa conquista legislativa, atuaram com grande influência: a mídia, as Associações e Redes pela humanização do parto (GONZÁLEZ; GARCÍA; MATTIOLI, 2020, p. 174), o que demonstra o surgimento dos marcos legais como resposta aos anseios da sociedade para um aparato do Estado nos problemas que emergem e que necessitam de tutelas jurídicas. Nesse país, no ano de 2004, foi promulgada a *Ley Nacional N 25929 – Parto Respetado*, estabelecendo os direitos das mulheres grávidas, parturientes e puérperas, do recém-nascido e dos pais de bebês em situação de risco (ARGENTINA, 2004), de caráter preventivo, aplicação em todo âmbito nacional e obrigatória em todas as instituições públicas e privadas (MASTROPAOLO, 2017, p. 9).

A definição de violência obstétrica, no entanto, deu-se somente em 2009 com a promulgação da *Ley n° 26485 – Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales* (ABDALA, 2021, p. 11), que tratou de diferenciar os tipos de violência contra a mulher, especificando e conceituando a violência obstétrica (DÍAZ; GARCÍA, 2018, p. 132).

Diferentemente, a Lei do Parto Humanizado tratou, sobretudo, de elencar os direitos da mulher, constituindo um marco jurídico muito importante (RAMÓN; ALLORI, 2017, p. 199), baseada nas evidências científicas e visando ao livramento da mulher de condições de maus-tratos e discriminação no momento do parto, a referida lei contribuiu para a efetividade de direitos fundamentais, como a saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e a não-discriminação, bem como o direito à uma vida livre de violência, sobretudo no cenário da maternidade (VACAFLOR, 2017, p. 46). Neste interim, formulam-se as políticas públicas decorrentes da legislação para humanização do parto por mobilização da sociedade e do governo argentino, instituindo as Maternidades Seguras e Centradas na Família (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 132), com grande promoção e respeito ao direito das mulheres de serem protagonistas em seu momento de procriação. Além disso, surgiram os órgãos responsáveis por fomentar as políticas públicas e lidar com as sanções atribuídas aos agentes que cometem violência obstétrica, como

o CONSAVO (Comissão Nacional de Violência Obstétrica) (GALIMBERTI; MAZZOLI, 2015, p. 7), promovendo os mecanismos de auxílio para as vítimas e difundindo a informação desta modalidade de violência de gênero e de como agir diante de alguma violação.

### **3.1. Notas históricas para a tutela do parto humanizado na Argentina**

No panorama latino-americano, além da Argentina, México e Venezuela destacaram-se no combate à violência obstétrica. A tipificação legal e os conceitos delineados em torno da humanização do parto, além das políticas públicas adotadas, tornaram o tema em análise uma questão pública, inserida a partir de uma perspectiva histórica, cultural e social (ABDALA, 2021, p. 6).

No entanto, para que o cenário atual chegasse a esse estado, foi necessário muita luta na busca pela conquista dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres argentinas, bem como a garantia desses direitos, assegurando-as a estarem livres de violência e de qualquer forma de maus-tratos. O entrave iniciou nos anos 60, durante o período de ditadura civil-militar argentina. A luta pela democracia deu espaço para a revelação de muitos fatos cruéis que estavam acontecendo, inclusive sobre a apropriação de crianças e o assassinato de suas mães, que estavam detidas em prisões clandestinas no período ditatorial e tinham seus filhos dentro do cárcere (ABDALA, 2021, p. 10).

Foi na democracia que estas denúncias começaram a surgir, de modo que, entre os anos de 1970 a 1980, se acentuou a luta pelos direitos sexuais das mulheres por parte dos movimentos feministas, a partir de uma teoria crítica que tinha como cerne a questão de gênero e que fundamentava as denúncias realizadas nas desigualdades e exclusões que permeavam o gênero feminino (GONZÁLEZ et al, 2020, p. 173).

No tocante à esfera reprodutiva, já era obrigatório que o parto fosse realizado em instituições de saúde, sob a supervisão de um obstetra e com os conhecimentos técnicos que julgavam ser necessários desde meados do século XX, o que abriu portas para as intervenções desnecessárias (BELLI, 2013, p. 26) e para ocorrência de alguns casos paradigmáticos que desencadearam as tutelas argentinas para proteção da mulher no contexto do parto. No período de 1980 a 1990, chegou-se a um consenso sobre a necessidade de avanço na cidadania reprodutiva (GONZÁLEZ et al, 2020, p. 174), o que foi percussor para a formulação da *Ley n° 25.929* do parto humanizado.

Neste mesmo interim, no cenário internacional, foi ratificada a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), no ano de 1985,

a qual foi incorporada pela legislação argentina com status constitucional em 1994 e que constituiu um grande avanço, pois foi o primeiro tratado internacional a dispor sobre os direitos humanos e a questão da violência de gênero. Além desta Convenção, a Argentina cria em 1992 o *Consejo Nacional de la mujer*, órgão responsável por fomentar as políticas públicas em prol da igualdade de gênero e diminuição dos índices de violência contra a mulher (MASTROPAOLO, 2017, p. 8). Atualmente a denominação se dá por *Consejo Nacional de las mujeres*. Através deste órgão, pela linha telefônica 144, é possível que se denuncie qualquer tipo de violência contra a mulher, inclusive a que atente contra a liberdade reprodutiva e obstétrica.

O ponto de partida para a Lei do Parto Humanizado, se deu com as investigações realizadas pelo Comitê da América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e pelo Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento (INSGENAR), no ano de 2001. Nessa oportunidade, chegou ao conhecimento desses entes que uma jovem gestante de 21 anos, havia sofrido maus tratos no atendimento de serviço de saúde em atenção obstétrica da cidade de Rosário (MEDINA, 2009, p. 1). Diante disso, foram reunidos depoimentos outras mulheres dependentes do serviço de saúde pública, que relataram situações ocorridas nas consultas consideradas violações aos direitos de informação, tomada de decisão, privacidade e intimidade, além da submissão à tratamentos cruéis e degradantes que acometeram algumas delas (MEDINA, 2009, p. 1). A reunião desses depoimentos e todo o estudo realizado a partir deles deu origem à publicação de dois relatórios, “*Con todo al aire*” e “*Con todo al aire 2*” pelo CLADEM e pelo INSGENAR, denunciando as violações aos direitos humanos que ocorriam nos hospitais públicos argentinos e todos os direitos que eram desrespeitados pelas práticas reiteradas e naturalizadas no momento do parto (BELLI, 2013, p. 31-32).

Em 2002, o Congresso argentino aprovou o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável (GONZÁLEZ et al, 2020, p. 174 apud CHIAROTTI, 2006), constituindo mais um avanço na cidadania da mulher argentina e mais um meio de preservação de sua liberdade reprodutiva. Neste mesmo ano, foi apresentado o projeto para a “*Ley Nacional n 25.929 – Parto Respetado*”, que só foi aprovado e recebeu status parlamentar no ano de 2004, devido ao esforço promovido pelos movimentos feministas, pela Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (RELACAHUPAN) e pela associação civil argentina Dando Luz (GONZÁLEZ, 2020, p. 174-175). A autora da lei, Graciela Medina, é advogada e possui doutorado em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade de Mendoza, na Argentina (RPP, 2012, p. 30). Ela conceitua a violência obstétrica como:



Entendemos por violência obstétrica toda conduta, ação ou omissão, realizada por profissionais de saúde, que de maneira direta ou indireta, tanto no âmbito público como no privado, interfira no corpo e os processos reprodutivos das mulheres, por meio de tratamento desumano, abuso de medicação e patologização dos processos naturais<sup>2</sup> (2009) (em livre tradução)

Medina (2009) também ressalta que os legitimados ativos à prática da violência obstétrica não se restringem aos médicos que prestam atendimento ginecológico ou obstétrico, imputando responsabilidade, também, aos profissionais da área da saúde como um todo, aos colaboradores que trabalhem no hospital e centros de saúde públicos ou privados, aos que trabalhem no corpo médico-legal, médicos do trabalho, prestadores de peritagem jurídica e profissionais atuantes na área de imigração ou polícia aduaneira.

A importância disso consiste na responsabilização pela ocorrência de violência obstétrica institucional, praticada por todos que trabalham diariamente nos serviços de saúde, seja lidando diretamente com as gestantes e puérperas ou indiretamente, nos setores administrativos e serviços gerais; e em coibir a naturalização das práticas violadoras de direitos que sejam realizadas dentro do hospital por qualquer pessoa. Além disso, a autora elenca uma série de direitos que são violados diariamente e que a Lei do Parto Humanizado busca tutelar. Direitos estes decorrentes de tratados internacionais, com *status* constitucional, em consonância com o artigo 75, item 22 da Constituição Argentina.

Apesar da abordagem deste trabalho se concentrar na Lei nº 25.929, que constituiu um enorme paradigma no tema em apreço, vale ressaltar que o conceito de violência obstétrica na Argentina não surgiu através desse ato normativo, visto que a Lei do Parto Humanizado limita-se a estipular quais são os direitos dos pais e dos nascituros, com ênfase na mãe, não estabelecendo em seus artigos o que se entenderia por violência obstétrica (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 131).

Nesse sentido, em 2009 foi promulgada a Lei nº 26.485 “*Ley de proteccion integral para prevenir, sancionar e erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos em que desarrollen sus relaciones interpersonales.*”. Essa lei surgiu com o intuito de tipificar as várias formas de violência de gênero praticadas no território Argentino (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 131-132), bem como assegurar que fossem efetivados os direitos a uma vida sem discriminação e violência (ARGENTINA, 2009).

---

<sup>2</sup> Entendemos por violencia obstétrica toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

O artigo 6º, item “e”, da referida lei, traz os contornos do que se pode entender por violência obstétrica, especificando-a como uma modalidade de violência contra a mulher e conceituando-a como:

e) Violência obstétrica: Aquela exercida por profissionais de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressada em um tratamento desumano, abuso de medicações e patologização dos processos naturais, em conformidade com a Lei 25.929.<sup>3</sup> (em livre tradução)

Há também um regulamento que complementa a Lei nº 26.485, que entende que seriam os tratamentos desumanos descritos no conceito da violência obstétrica, preceituando que sua manifestação se dá com os tratamentos cruéis, humilhantes e ameaçadores à mulheres em situação de gravidez, parto e pós parto, recém-nascidos e mulheres estejam em atendimento decorrente de aborto, punível ou não, natural ou provocado (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 132).

A partir daí, a Argentina instituiu algumas políticas públicas e conseguiu difundir a informação sobre o parto humanizado e sobre os direitos das mulheres envolvidos neste processo, já que a lei elenca e tutela uma série de garantias aos pais e nascituros, principalmente sobre aspectos que envolvem a mulher, sua autonomia e o respeito sobre seu corpo.

### **3.2. A legislação argentina e as tutelas asseguradas em torno da violência obstétrica**

A *Ley Nacional N 25929 - Parto respetado* surge como um meio concreto para efetivar as garantias e direitos da mulher previstos em diversos instrumentos internacionais e na Constituição da República Argentina. Promulgada em 2004 e regulamentada em 2015, por meio do Decreto 2035 (MASTROPAOLO, 2017, p. 9), a Lei do Parto Humanizado dispõe em 8 artigos o que seriam os direitos dos pais e do recém-nascido em situação de risco, da pessoa recém-nascida e, sobretudo, os direitos da mulher que encontra-se gestante, em trabalho de parto ou pós parto (ARGENTINA, 2004).

A presença de um acompanhante em todos os momentos, o respeito ao tempo biológico e psicológico no trabalho de parto, o direito de ser informada e poder escolher – dentre as esclarecidas intervenções que possam existir – bem como o tratamento respeitoso e um olhar como mulher saudável e protagonista em todo momento do parto foram os direitos mais significativos exaltados pela Lei nº 25.929/2004 da Argentina (ABDALA, 2021, p. 10-11).

---

<sup>3</sup>e) Violência obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización e patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Apesar de não delimitar o conceito de violência obstétrica, nem fazer menção ao termo, sua relevância concentra-se no conteúdo dos direitos elencados para os protagonistas envolvidos no processo da gestação, nascimento e pós parto (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 131), principalmente no teor do artigo 2º, que trata dos direitos específicos da mulher.

Os itens “a” e “e” do artigo 2º determinam que é direito de toda mulher no contexto de gravidez, trabalho de parto, parto e pós parto ser informada sobre os procedimentos médicos aos quais será submetida – sendo que na existência de diversas alternativas, que seja dada a opção de escolha com o devido esclarecimento – e a ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde da criança (ARGENTINA, 2004). O direito em cheque relaciona-se com a tutela promovida pelo artigo 6º, 1, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. O artigo assegura que as intervenções médicas seja de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, só devem ser realizadas mediante o consentimento prévio, livre e esclarecido do paciente relacionado com a causa (UNESCO, 2005, p. 7), de modo que se torna necessário o exercício do direito de informação às mulheres, pois, sem compreender as opções que lhes são viáveis, não há como haver consentimento sobre qualquer intervenção que seja aconselhável. Ademais, o direito à informação do progresso no parto, da saúde e outras questões que envolvam a criança recém-nascida também constitui suma importância, pois reafirmam a autonomia da mulher no processo e promovem um estado de bem estar (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 131)

A Lei do Parto Humanizado também dispõe sobre o tratamento respeitoso, de modo individualizado, sem que haja discriminação por qualquer fator e de forma que sua intimidade seja preservada, bem como que seja considerada sua sanidade para fins de participação e protagonismo no momento do parto (ARGENTINA, 2004).

A tutela em torno da integridade pessoal, intimidade, privacidade, não discriminação e tratamento com respeito são objetos de outros documentos legais que cuidaram de assegurar esses direitos. A mesma Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos trata, em seu artigo 11, sobre a não submissão à discriminação ou estigmatização, em respeito aos Direitos Humanos e a Dignidade da Pessoa Humana (UNESCO, 2005, p. 8). Além disso, a Declaração Internacional de Direitos Humanos, em seu artigo 5º e o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, no artigo 7º, aduzem que ninguém deverá ser submetido à tortura, tratamentos degradantes ou desumanos, estando relacionado com o tratamento respeitoso exigido para as mulheres, preconizado na lei argentina de humanização do parto.

Do mesmo modo, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos aduz que é necessário respeitar-se a integridade física, moral e psíquica dos indivíduos (artigo 5º), de modo

que as lesões físicas, contra a dignidade pessoal e que promovam abalos emocionais, serão tuteladas e devem ser puníveis, por atentarem contra a integridade (BELLI, 2013, p. 29).

Dessa forma, a utilização de episiotomias sem real necessidade, cesáreas desaconselhadas e cirurgias laqueaduras sem consentimento, por exemplo, constituem graves violações à lei do Parto Humanizado (BELLI, 2013, p. 29) e, sobretudo, aos Direitos Humanos, numa escala global, por violarem a integridade física e pela desumanização em torno das intervenções.

Outro direito importante que foi garantido pela lei 25.929/2004 consiste no aparato de estar acompanhada, por pessoa de sua escolha, durante o pré parto, parto e pós parto (ARGENTINA, 2004), não sendo imposta nenhuma condição ou ressalva para tal. A presença de um acompanhante também está inserida nas Diretrizes Clínicas Gerais baseadas em evidências científicas para a Saúde Materna Segura, adotadas pelo Ministério da Saúde argentino (VACAFLOR, 2017, p. 47). As diretrizes constituem algumas recomendações para promoção do bem estar materno, e no que concerne ao acompanhante, a orientação da Diretriz é de que os profissionais de saúde não impeçam a parturiente de dispor de apoio psicológico de alguém que lhe transmita confiança.

A negação do direito ao acompanhante durante a cirurgia cesariana era a conduta de violência obstétrica mais recorrente na Argentina (WESTBROOK, 2015, p. 14 apud TELÁM, 2015), no entanto, com a obrigação dos profissionais de saúde e das instituições em permitir a presença de uma pessoa, de escolha da gestante, por meio do direito imposto pela Lei do Parto Humanizado, fez com que essa tutela fosse mais efetiva. Não há justificativas plausíveis para que os médicos e hospitais recusem a presença do acompanhante, pois o fato da mulher estar acompanhada para apoio emocional, em nada interfere nos processos e protocolos, conforme apontam as evidências científicas (WESTBROOK, 2015, p. 14 apud TELÁM, 2015). O que esta atitude demonstra é a comodidade e a abertura para a ocorrência de outras violações, já que sozinha diante de um centro cirúrgico, a vulnerabilidade da mulher fica mais acentuada.

Uma relevante preocupação demonstrada no artigo 2º, item “i”, consiste no destaque dado ao dever de prestar informações sobre a importância da amamentação e do apoio à mãe para amamentar (ARGENTINA, 2004). A OMS recomenda que os bebês se beneficiem do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, e que ao iniciar a introdução alimentar, se possível, continuem a receber o leite materno até os dois anos de vida, pois o leite da mãe fornece muitos componentes necessários e evita algumas doenças crônicas.

Diante disso, a legislação argentina sobre a humanização do parto, dedicou-se a assegurar, como um dos direitos da mulher, o auxílio no processo de lactação, visto que é

necessário algum apoio no início, sobretudo às mães de primeiro filho. Como desdobramento, surgem as MSCF (Maternidade Segura Centrada na Família), cujo um dos propósitos é fazer com que haja um melhor olhar para a mãe e para o recém-nascido, de modo que promove-se fortemente o estímulo à amamentação e ao contato pele a pele entre mãe e filho (ABDALA, 2021, p. 13 apud LARGUÍA et al, 2011).

No que concerne aos profissionais de saúde e prestadores de serviço nas instituições de saúde, o artigo 6º da lei se incumbiu de trazer as sanções que estes agentes estão passíveis, caso descumpram algum dever ou violem algum direito tutelado pela lei do parto humanizado. Estabelece que incorre em falta grave aquele que descumpra algum dos direitos estabelecidos pela lei, seja profissional de saúde ou trabalhador do setor administrativo da instituição, todos podem ser agentes passivos no cometimento de violência obstétrica (MEDINA, 2009, p. 4).

Ademais, a falta grave não os exime da responsabilidade civil ou penal em que possam cometer, ou seja, as penas podem ser cumulativas (ARGENTINA, 2004). A gravidade da falta é verificada pela Diretoria de Assistência Social do Ministério da Saúde da Argentina, aplicada conforme a discricionariedade do órgão por meio da avaliação feita, caso a caso, e constituindo uma sanção administrativa (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 132).

### **3.3. Dos direitos decorrentes da Lei do Parto Humanizado e sua aplicação prática para a minimização dos casos de violência obstétrica na Argentina**

Antes mesmo da *Ley Nacional N 25929 – Parto Respetado* ter sido promulgada, a Argentina já adotava algumas medidas para a humanização do parto e para a redução dos índices de desrespeito e maus tratos neste contexto. A exemplo, tem-se o surgimento das UTPR (Unidades de Trabalho de Parto e Recuperação), no ano de 1999, consistindo num modelo assistencial de saúde que permitia uma maior liberdade da mulher durante o trabalho de parto – estando livre para escolher a posição que desejasse –, garantindo a presença de um acompanhante a todo momento, bem como fortalecendo o vínculo entre mãe e filho, estimulando a amamentação assim que o bebê nasce e adotando uma posição de menores intervenções possíveis durante este momento (WESTBROOK, 2015, p. 18).

Lara Kaplan Westbrook (2015), ao realizar uma pesquisa nas maternidades públicas argentinas, constatou que uma das unidades hospitalares observadas possuía uma enorme reputação pelo desenvolvimento de partos mais humanizados. A metodologia de trabalho do hospital consistia no oferecimento de cursos gratuitos para a “preparação integral para a maternidade”, ministrados por obstetras e neonatologistas, cujo objetivo era dar um aparato

para o momento do parto, nascimento e cuidados com o bebê recém-nascido. No mais, existe uma semana dedicada à humanização do parto, onde promove-se a Lei nº 25929, com o intuito de divulgá-la e de gerar o amplo conhecimento dos direitos. As mulheres recebem alguns folhetos e informações acerca do parto humanizado nos ambulatórios. Os profissionais deste hospital conhecem o conteúdo da legislação e alegam que o conhecimento advém de bases teóricas para a humanização do parto aprendido nas faculdades de medicina e também na vivência hospitalar no ambiente que promove esse tipo de metodologia (WESTBROOK, 2015, p. 22).

Esse modelo de assistência obstétrica passou a ter forte influência na Argentina, sobretudo com o surgimento das Maternidades Seguras Centradas na Família (MSCF), com promoção pela UNICEF (CASTRILLO, 2015 apud ABDALA, 2021, p. 12). O objetivo está na participação da família, junto à parturiente, do momento e dos cuidados com a criança; o respeito aos direitos das mulheres, na utilização de práticas seguras e recomendadas pelas organizações de saúde e o incentivo e auxílio para a amamentação. Outro agente que contribuiu para ações que visam coibir a violência obstétrica, foi o grupo feminista *Las Casildas*, nascido em 2011, através do ativismo promovido pelas feministas argentinas nas redes sociais. O grupo, junto com a organização Coletivo de Maternidade Libertária, promoveu a divulgação de um anúncio, no ano de 2017, “*Ni una menos*”, tratando da pauta da violência de gênero, e incluindo, pela primeira vez, um tópico de abordagem sobre a violência obstétrica (ABDALA, 2021, p. 12). Também no ano de 2011, é criada *La Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG)*, através da Resolução nº120 do *Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*, com o intuito de fortalecer a aplicação das sanções estabelecidas pela lei sobre os casos de violência de gênero (DÍAZ; FERNÁNDEZ, 2018, p. 133). Diante da criação do *CONSAVIG*, surge também o *CONSAVO (Comissão Nacional de Violência Obstétrica)*, no ano de 2013, sendo um órgão destinado a lidar com as sanções por violência obstétrica (GALIMBERTI; MAZZOLI, 2015, p. 7) e fomentar as denúncias e os meios de assistência às vítimas. No ano de 2015, o grupo *Las Casildas* em parceria com o *Consejo Nacional de las mujeres*, lançou o “*Observatorio de la violencia obstétrica en Argentina*”, cujo objetivo consiste no monitoramento nacional das denúncias, dados estatísticos, políticas públicas instituídas e acompanhamento dos projetos de lei, bem como do cumprimento da legislação já existente (MASTROPAOLO, 2017, p. 9).

Com relação à aplicação da lei, os Tribunais argentinos são pacíficos no sentido de responsabilizar os agentes, quando ocorre alguma violação aos direitos das mulheres no contexto estipulado pela Lei 25.929, conforme o *Boletín de Jurisprudencia* emitido pelo

*Ministerio Público de La Defensa República Argentina*, onde estão alguns casos paradigmáticos que constam com decisões favoráveis à mulher. Um deles se deu com uma mulher jovem que estava grávida do primeiro filho, com 21 semanas de gestação, que começou a sentir dores e teve um sangramento. Recorreu à clínica DS, que não realizou o monitoramento do bebê e nem permitiu que a jovem estivesse acompanhada por seus familiares. Na realidade, a jovem estava em trabalho de parto, mas não compreendia por nunca ter vivenciado a experiência, ao passo que os médicos não informaram sobre seu estado e nem orientaram-na. O parto ocorreu em uma cama, na enfermaria, estando a jovem sozinha. A equipe do hospital levou a criança para limpá-la, e quando retornaram, informaram que a criança estava morta. Não forneceram detalhes sobre os motivos, apenas informaram que a placenta havia desprendido.

Ao solicitar a história clínica e o corpo da filha, a mulher notou que o documento constava datas e informações errôneas, e que a filha não havia sido considerada pessoa nascida com vida, mas sim um feto. A partir desse fato, iniciou uma demanda frente ao *Juzgado de Niñez, Adolescência, Violencia familiar y de género 4º Nominación de la ciudad de Córdoba* contra a Clínica DS, alegando que sofreu violência de gênero, na modalidade obstétrica, definida pelo artigo 6º da lei 26.485, pois se sentiu abandonada pela clínica, bem como houve violação aos seus direitos de paciente. A clínica rebateu as acusações, argumentando que a paciente não foi vítima de nenhuma violência e que o caso era apenas uma triste história de aborto.

O juiz decidiu que o caso em tela configurava violência de gênero e obstétrica, do tipo psicológica e física por omissão. Complementou, ainda, aduzindo que a clínica desconsiderou os direitos da paciente, traduzindo um comportamento de paternalismo médico arcaico, realizando práticas obstétricas sem o consentimento, sem transmitir a informação necessária e anulando as possibilidades de escolha sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

A violência sofrida por esta mulher configura violação ao artigo 2º, item “c”, da lei 25.929, o qual afirma que é direito da mulher ser protagonista de seu parto, sendo essencial a compreensão da situação delicada que vivenciava, entendeu o magistrado. Também ressaltou a desassistência prestada, sobretudo à violação ao direito de estar acompanhada, conforme preceitua o artigo 2º, item “g”, da lei 25.929, passando pelo momento mais crítico de sua vida sem a presença de alguém de sua confiança para promover apoio psicológico.

Percebe-se que, na decisão em comento, o juiz condenou os atos numa perspectiva que abrange os vários aspectos da violência obstétrica, inclusive sobre a violação aos direitos das mulheres e às questões éticas (VACAFLOR, 2017, p. 50), representando enorme contribuição para o enfrentamento da violência e para a efetivação da *Ley N 25.929/2004*.

#### 4. ANÁLISE COMPARATIVA DA EXPERIÊNCIA ARGENTINA PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DA NECESSIDADE DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

A importância da palavra “humanizar” foi debatida por vários estudiosos, inclusive por Diniz (2005), doutora em Medicina pela UFRN e grande pesquisadora na área de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, com enfoque na violência obstétrica, a qual compreende que:

Falar em humanização é também **uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde.** Entre eles os direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos); o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos), o direito à equidade, tal como definida pelo SUS etc. (p. 633) (grifos nossos)

Percebe-se que colocar a humanização como foco do combate à violência obstétrica é menos assustador para os profissionais de saúde do que falar da violência obstétrica em si, pois a conotação desta expressão atribui uma imagem negativa, sobretudo à classe médica. A compreensão do que seria a humanização do parto torna-se atrativa e facilitadora para possibilitar direitos, à medida que o discurso sobre as violações repele e afasta pelo pouco debate que se tem e pelos conceitos indefinidos.

A noção de humanizar foi inspirada pelos movimentos feministas, pela medicina baseada em evidências e pelas novas formas de vivência do parto, ressaltando a importância de compreensão das relações que estão inseridas no parto e no momento protagonizado pela mulher, enquanto uma experiência humana. Para aqueles que participam, a ideia de humanizar refere-se a tornar o momento menos doloroso, tentando respeitar o tempo da mulher, promover o máximo de bem estar possível e tomar as medidas necessárias diante do sofrimento da mulher (DINIZ, 2005, p. 628). Afirma-se também a necessidade de um bom estabelecimento da relação médico-paciente, pois englobam-se sentimentos como cuidado, confiança e respeito, todos norteados por princípios bioéticos e almejando uma relação dialética, compreendendo o espaço necessário de autonomia da mulher, mas buscando sempre uma decisão informada e tomada em conjunto, com o devido consentimento (SENS; STAMM, 2019, p. 4).

A humanização no parto e pós-parto foi inserida na política de saúde brasileira em 2000, quando o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 569, a respeito do “Programa de Pré-Natal e Nascimento”, reforçando a necessidade de um atendimento digno e de qualidade para as gestantes no curso do pré-natal, parto, neonatal e puerpério, traduzindo-se como um direito



inalienável de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). A ideia de humanizar o parto constituiu um paradigma na saúde brasileira, pois nunca havia sido dada a importância desse fator na parturição – embora a realidade prática não possua mudanças significativas. Nesse contexto, insere-se a visão de respeito à família e aos processos psicológicos e sociais, que estão além do biológico mas que possuem forte influência para o êxito no parto baseado em princípios humanos e que seja respeitador (CASTRO; CLAPIS, 2005, p. 964).

Retomando Diniz (2005), a médica em seus estudos estabeleceu várias acepções para a palavra “humanização” na seara da assistência obstétrica, englobando fatores como: sua legitimidade na defesa dos direitos das mulheres e crianças, sua legitimidade do bom uso da medicina baseada em evidências, sua inserção no uso da tecnologia favorável aos processos de saúde, nos papéis dos profissionais de saúde, sua legitimidade sobre a racionalização do uso de recursos financeiros, a legitimidade da parturiente enquanto consumidora dos serviços de saúde e enquanto acesso à métodos que aliviem a dor provocada pelo trabalho de parto (p. 86-95). Diante dessas várias atribuições conferidas à humanização do parto, depreende-se que a humanização está condicionada ao conjunto de vários fatores que, associados e bem aplicados, podem promover melhorias nas condições de assistência obstétrica brasileira (DINIZ, 2001, p. 205).

Para tal, faz-se necessário o respeito aos direitos já tutelados, frutos de lutas sociais, bem como a instituição de novas políticas públicas que sejam efetivas e que possam promover as mudanças necessárias, com o objetivo de modificar a realidade brasileira no cenário de assistência obstétrica às gestantes e parturientes, embasando essas políticas em evidências científicas e em direitos já adquiridos. Ademais, a fim de conhecer e compreender a dimensão das questões relacionadas às violações no parto, é importante que haja a instituição de uma regulamentação legal que delimite os conceitos e parâmetros para um parto humanizado, pois com as definições formuladas e aplicadas, a sociedade poderá conhecer melhor o que se trata esse fenômeno e aliar-se para sua efetiva promoção (LEITE et al, 2022, p. 487).

No tocante à violência obstétrica, entende-se que há a necessidade de seu reconhecimento legal enquanto violência de gênero, bem como a delimitação de seu conceito jurídico – pois a doutrina brasileira baseia-se em conceitos formulados por outros países, sobretudo Venezuela e Argentina – para que a lei, em seu sentido mais pedagógico, possa trazer o conhecimento do que se tratam essas violações a direitos que são constantemente silenciadas, naturalizadas e desconhecidas (SENS; STAMM, 2019, p. 4).

Essa parte do trabalho dedica-se aos direitos que necessitam ser evidenciados e colocados em prática para que a humanização seja difundida, bem como sobre as políticas

públicas que devem ser adotadas, algumas advindas da experiência argentina, para que minimizem-se as violações no parto e pós-parto e que o Estado brasileiro contribua para seu efetivo combate. Além disso, será abordada a importância de uma regulamentação legal para a mudança social do estigma formulado em torno do parto, uma vez que muitos países da América Latina já reconhecem a violência obstétrica como um problema de saúde pública e já adotaram as medidas legislativas necessárias para sua minimização.

#### **4.1. Dos direitos a serem efetivados**

Um dos motivos mais citados e explicados pelos estudiosos sobre a prática reiterada de violência no parto consiste no estereótipo de gênero culturalmente empregado à mulher, como aquela que é dotada de fragilidade e que necessita de uma autoridade, na maioria das vezes por parte de alguém do sexo masculino, que assuma o controle de situações, até mesmo instintivas e fisiológicas – como o ato de parir –, pois essa autoridade, em tese, sabe como melhor fazer que a própria parturiente. Neste interim, centra-se o processo do parto na figura e nos comandos dos médicos, construindo um ambiente favorável à violação de direitos, em razão da excessiva confiança atribuída ao profissional que lhe assiste e da perda da autonomia no tocante às decisões a serem tomadas sobre um momento importante e biologicamente protagonizado pela mulher (JARDIM; MODENA, 2018, p. 2).

O cenário propício à violação de direitos inicia-se com o impedimento de estar acompanhada por alguém de sua confiança e que lhe proporcione bem estar emocional, uma vez que a situação já é de vulnerabilidade, mas quando há a necessidade de passar pelo processo sozinha e sem compreender seus direitos, essa vulnerabilidade se acentua (DINIZ et al, 2014, p.149). Esse direito, além de ser recomendado pelos órgãos de saúde, como a OMS e o Ministério da Saúde, também é assegurado pela Lei 11.108/2005, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 8º, §6º e pela Resolução nº 36/2008 da ANVISA, a qual garante às gestantes e parturientes a presença de um acompanhante durante o período do parto e do pós parto imediato (BRASIL, 2005; BRASIL, 1990), pois se acredita que a presença do acompanhante faz parte de um modelo de humanização do parto que compreende que alguém de confiança da parturiente presente neste momento fará com que o trabalho de parto se torne mais confortável (RATTNER, 2009 apud MOREIRA; PARTICHELLI; BAZANI, 2019, p. 124).

Diante disso, preconiza-se a importância do cumprimento da Lei do acompanhante, já que, por recomendação da OMS (1985), a presença de alguém minimizará os sentimentos de

ansiedade, angústia e solidão, bem como diminuirá o tempo de trabalho de parto, aumentará os índices de amamentação, fortalecerá os vínculos mãe e filho e proporcionará melhor descanso e tranquilidade no pós parto, em razão do auxílio fornecido (RPP, 2012, p. 64).

A lei argentina garante a presença de um acompanhante, bem como as recomendações de saúde e leis brasileiras, mas a diferença está na aplicação prática. A Argentina adotou, em 2004, por meio do Ministério da Saúde, diretrizes clínicas gerais baseadas em evidências em prol de uma maternidade segura, aconselhando aos médicos sobre a presença do acompanhante (VACAFLOR, 2017, p. 47). Além disso, as UTPR (Unidades de Trabalho de Parto e Recuperação) e as MSCF (Maternidades Seguras Centradas na Família) criadas neste país, promovem modelos de assistência os quais dão destaque aos acompanhantes, tratando-os como pessoas importantes no processo o qual a mulher está inserida, de modo que o direito de estar acompanhada não só é garantido, como também é estimulado (WESTBROOK, 2015, p. 18; LARGUÍA et al, 2011 apud ABDALA, 2021, p. 13).

No Brasil, a realidade é bem diferente. Apesar de todo o aparato legal para assegurar que a mulher esteja acompanhada no momento do parto e no pós parto imediato, a pesquisa “Nascer no Brasil” de 2011 a 2012, realizada pela Fiocruz, apontou que apenas 32,7% das mulheres entrevistadas tiveram direito a um acompanhante durante o parto e 36,9% puderam estar acompanhadas por alguém no pós parto imediato (DINIZ et al, 2014, p. 144). No que consiste à justificativa para o não cumprimento desse direito, a pesquisa revelou que o principal motivo seria “nenhum tipo de acompanhante é permitido no hospital”, sendo esta a resposta mais recorrente fornecida às mulheres que questionaram a respeito, dada por 52% dos hospitais que não permitiram acompanhante (FIOCRUZ, 2012).

O direito de estar acompanhada configura um marco de segurança e uma efetivação de vários princípios que norteiam o SUS, como a integralidade nos cuidados de saúde e a humanização, de modo que fica evidente sua importância e a necessidade gritante de implementação de políticas públicas que fomentem seu alcance e que possibilitem a concretização dessa garantia (DINIZ et al, 2014, p. 151).

Outro direito muito importante na seara obstétrica consiste no direito de informação. Quando a gestante ou puérpera não possui conhecimento acerca de seus direitos e das possibilidades de escolha, sobretudo nas questões de autonomia sobre seu corpo, o cenário é o que conhecemos: a naturalização das práticas de violência obstétrica na sociedade brasileira. Isso ocorre porque a difusão dos direitos é o único meio de conhecê-los e cobrá-los para que sua promoção aconteça (DE SOUZA; VALENTE, 2016, p. 6-7). Além disso, ao receber a informação necessária e estar munida de conhecimento sobre o que lhe é assegurado, evitam-

se intervenções desnecessárias, procedimentos de risco e que não estejam dentro da medicina baseada em evidências e outras possíveis violações que possam ocorrer num contexto de desconhecimento (DINIZ, 2001, p. 183-184).

O direito à informação e à escolha da melhor possibilidade, diante de várias alternativas, é contemplado na *Ley del parto respetado*, compreendendo que uma das formas de humanização do parto e de promover o protagonismo relacionado à autonomia da mulher se dá com a necessidade de comunicar sobre todas as práticas que envolverão seu corpo e possibilitá-la que escolha, quando houverem opções, a que melhor corresponda ao seu entendimento e desejo. Desta forma, esse direito é importante porque retira da mulher o *status* de passiva e a coloca como parte importante na assistência obstétrica (VACAFLOR, 2017, p. 48).

Outro importante problema da desinformação consiste na dificuldade em coleta de dados sobre os maus tratos ocorridos durante o parto, visto que algumas mulheres nunca souberam de que tratava-se a violência obstétrica, seus conceitos e formas de manifestar-se, de modo que também não compreendem que possuem direitos, ao passo que os profissionais de saúde possuem deveres que precisam ser respeitados e cumpridos, respectivamente (RODRIGUES et al, 2017; MARTINS et al, 2019 apud VIEIRA et al, 2020, p. 9914)

No que refere-se aos direitos sexuais e reprodutivos, estes foram reconhecidos e abrangidos no conceito de cidadão na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994), a qual incumbiu o Estado de promover as mudanças necessárias para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, que agora teriam *status* de direitos sociais. A importância disso se dá sobre a liberdade das mulheres de exercerem sua sexualidade e de optarem pela maternidade ou não, já que as atividades sexuais e reprodutivas estão inseridas na seara da dignidade humana e, portanto, relacionam-se à questões íntimas e individuais de cada mulher (MARIANI; NETO, 2016, p. 56). Sobre o conteúdo desses direitos, o Ministério da Saúde (2006) tratou de conceituar o que seriam. O direito sexual, não será aprofundado na análise, mas em linhas gerais consiste na liberdade de exercício da sexualidade sem discriminação, violência e imposições, bem como o respeito ao corpo do parceiro e as necessárias informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, o direito de reprodução respalda a liberdade de escolha sobre os filhos: quantos, como e em que momento; as informações necessárias para ter filhos ou não e o direito de exercício da reprodução estando livre de discriminação e de violência.

A partir desta garantia e do estudo realizado, extrai-se que a violência obstétrica constitui violação aos direitos humanos e reprodutivos, pois a prática enraizada culturalmente faz com que seja despercebido que há violência e discriminação no atual modelo de assistência

obstétrica brasileiro (MADEIRA; QUEIROZ; TOLEDO, 2020, p. 113), de modo que a reprodução não é livre e plena, conforme preceituam as normas internacionais e as orientações do Ministério da Saúde, e que o aparato legal que já existe não possui relevância na prática, pois as estatísticas e a realidade apresentada não se coadunam com o que orientam as autoridades de saúde.

Por outro eixo, a lei argentina nº 25.929, sancionada com o intuito de reprimir a violência obstétrica e implementar medidas de humanização do parto, acaba, também, por tutelar os direitos reprodutivos, ao passo que garante à mulher um tratamento digno e respeitoso – inclusive mencionando o tempo biológico e psicológico no momento do trabalho de parto – e da não submissão à intervenções que sejam desnecessárias ou que possam submetê-la à sofrimento ou dano à sua integridade física (ARGENTINA, 2004).

#### **4.2. Das políticas públicas a serem adotadas**

As políticas públicas voltadas à violência obstétrica podem ocasionar as mudanças práticas daquilo que foi conquistado com a luta das mulheres e com os marcos legais para sua prevenção, pois quando existe lei mas o disposto nela não produz nenhum efeito, significa que há limitação nos avanços de combate ao problema posto (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 111), como muito se observa. Em outras palavras, as políticas públicas põem em prática o conteúdo da lei, provocando verdadeiras mudanças numa dada realidade, em prol de melhorias e avanços em alguma questão que seja impasse ou limitadora de direitos.

Uma das políticas públicas mais citadas pelos estudiosos para o combate dos maus tratos e intervenções indesejadas engloba a elaboração de um plano de parto. Esse consiste em um documento legal onde a gestante pode expressar suas preferências e expectativas sobre como gostaria que fosse o cuidado obstétrico: quais intervenções não deseja, sobre quem pode acompanhá-la, se deseja receber medicações analgésicas, se deseja o contato pele a pele com o bebê no primeiro minuto de vida, questões sobre amamentação e outros desejos para que o momento seja especial e respeitoso (MEDEIROS et al, 2019, p. 2).

A natureza jurídica do plano de parto é de uma diretiva antecipada de vontade, do mesmo modo que é, por exemplo, um testamento vital, pois o documento não solene expressa escolhas definidas antecipadamente a um fato – neste caso, aos cuidados obstétricos no momento do parto e do pós parto. Por uma questão de saúde, é pacífico na doutrina que a parturição não é o melhor momento de debate sobre o que deve ou não ser feito, devendo as reflexões serem realizadas e esclarecidas no período de pré-natal e expressadas no documento

em comento, independentemente, para a elaboração da diretiva antecipada de vontade, de haver risco de vida (FIGUEIREDO; NORONHA, 2021). O direito ao plano de parto é uma recomendação da OMS (1996) sobre “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento” e é um exercício do direito de autonomia, bem como da liberdade e da dignidade da pessoa humana, estabelecidos pela Constituição Federal (1988). Ademais, o Código Civil brasileiro (2002) também aduz sobre a liberdade de disposição sobre o próprio corpo, em seu artigo 13, no capítulo em que trata dos direitos de personalidade, sendo cabível a utilização da diretiva.

No tocante aos resultados da utilização do plano de parto no combate à violência obstétrica, os pesquisadores têm constatado que essa é uma ferramenta importante na humanização do parto e nos cuidados neonatais (MEDEIROS et al, 2019, p. 9), pois há possibilidade de uma melhor comunicação da mulher com sua equipe de saúde, a sensação de protagonismo e bem estar com seu parto e a possibilidade de maiores informações sobre as circunstâncias que podem ser vividas no momento da parturição. Diante disso, os sentimentos de desamparo, abandono e afins podem ser minimizados, visto que o plano de parto possibilita um espaço para o compartilhamento de ideias entre equipe de saúde e família, sobretudo a gestante, possibilitando o estabelecimento de vínculos entre estes que podem perpetuar-se desde o pré-natal até o pós-parto (TESSER et al, 2015, p. 7).

Por outro viés, também há a possibilidade de incentivo e incremento às políticas públicas já existentes, como o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN) criado em 2000 e a Rede Cegonha para atenção materno infantil de 2011. O Programa de Humanização surge como uma ação do Ministério da Saúde cujo intuito era de redução das taxas de mortalidade materna e perinatal, de reafirmação da mulher como titular de direitos, bem como a mudança do cenário de má assistência no parto na realidade hospitalar brasileira. Para isso, pretendia-se uma mudança de panorama ao visar o respeito aos direitos das gestantes e parturientes e a humanização como base para a melhoria no cenário obstétrico (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004, p. 1282), no entanto, as estatísticas e estudos realizados acerca do Programa e de seus objetivos mínimos têm mostrado que as propostas não estão sendo exitosas e executadas de maneira satisfatória em muitos estados do Brasil (MARTINELLI et al, 2014, p. 57).

Sobre a Rede Cegonha, este programa consiste numa política derivada e complementar do PHPN, proposta pelo governo federal, cujo objetivo também está na redução das mortalidades maternas e neonatais e assistência à mulher desde o momento do parto até a criança completar seus 24 meses de vida. Ele funciona como um canal de transmissão de informações necessárias, auxiliando na amamentação e nos cuidados iniciais e organizando a

rede materna de saúde para promoção do acolhimento, acesso e resolutividade (MARTINELLI et al, 2014, p. 57). Todavia, mesmo com a proposta bem delimitada e os objetivos pertinentes à humanização do parto, a adequação das mulheres ao programa mostrou-se baixa, pois a rede de saúde brasileira não possui estrutura suficiente para que as práticas derivadas da Rede Cegonha sejam efetuadas (MARTINELLI et al, 2014, p. 62).

Outra importante política em prol da humanização do parto consiste na difusão de informação por vários agentes, dentre eles poderíamos citar: ONG's, redes sociais, rodas de conversa realizada nos hospitais com a presença de médicos, enfermeiros e psicólogos, cursos de preparação para a maternidade ministrados por obstetras e neonatologistas – tais como os realizados em algumas maternidades argentinas – para auxiliar nos primeiros cuidados (WESTBROOK, 2015, p. 22), além dos folhetos e campanhas que poderiam ser distribuídos e implementados para propagação das políticas e leis existentes que objetivam a humanização do parto, fazendo com que haja aumento da rede de informação sobre o assunto e possível avanço na adesão aos programas brasileiros. Diante da adoção dessas medidas, a violência obstétrica que algumas vezes ocorre em razão do desconhecimento e desinformação de direitos poderia ser minimizada, já que é nessa invisibilidade que ela se favorece e se normaliza, mesmo com uma gama de políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento, a prática destas não consegue êxito, pois as informações adequadas não atingem a quantidade de mulheres que deveria (DE SOUZA; VALENTE, 2016, p. 6-7).

A valorização dos profissionais de saúde é outro tipo de solução muito proposta pelos estudiosos, já que em algumas maternidades as condições de trabalho são precárias e a equipe de saúde está inserida no caos vivenciado pelo sistema de superlotação das maternidades, a mercê de uma realidade dura e muitas vezes sem dispor dos meios necessários para uma atuação eficiente, diante da estrutura inadequada dos hospitais brasileiros. Diante do cenário exposto, torna-se dificultosa uma assistência que respeite a dignidade, privacidade e que seja humanizada, pois a condição do sistema de saúde é um elemento básico para um bom atendimento e para a execução de práticas baseadas em evidências científicas (LEITE et al, 2022, p. 485). Além disso, é importante salientar que a capacitação dos profissionais para o atendimento humanizado e implementação de intervenções com base naquilo que é recomendado pela ciência torna-se indispensável, já que muitos aprendem a medicina através do modelo intervencionista e essas práticas constituem hábitos naturalizados e resistentes à mudanças, sendo necessário estabelecer processos sensibilização e que retomem as ideias humanistas na relação entre médico e paciente (DINIZ, 2001, p. 100).

Numa outra seara, faz-se necessário capacitar o canal de denúncias de violências contra a mulher – o Ligue 180 – para condução das ocorrências relacionadas aos casos de maus tratos sofridos no parto e pós-parto imediato. Como consequência, haveria uma conscientização social e maior visibilidade do problema, bem como maiores exigências para a responsabilização dos agentes, contando com a colaboração de entidades governamentais, não governamentais e da sociedade civil como um todo, estimulando às denúncias e minimizando os índices de impunidade (JARDIM; MODENA, 2018, p. 10).

#### **4.3. Da omissão legislativa brasileira sobre a violência obstétrica e a necessidade de humanização do parto**

Considerando todo o exposto acerca da violência obstétrica que corresponde à grave desrespeito aos direitos humanos e ao dever de ética médica em conjunto, propõe-se uma análise diante de uma perspectiva que diferencia o conceito de crime do de violência, conforme dispuseram Debert e Gregori (2008), vejamos:

Crime implica a tipificação de abusos, a definição das circunstâncias envolvidas nos conflitos e a resolução destes no plano jurídico. Violência (...) implica reconhecimento social (não apenas legal) de que certos atos constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflitivas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos (apud PULHEZ, 2013, p. 2)

Explicando em outras palavras, o crime necessita de um conceito juridicamente elaborado, com as circunstâncias que possam ocorrer e as respectivas sanções, atenuadas ou majoradas – a depender da hipótese formulada – e que a conduta delituosa subsuma-se à tipificação jurídica; já a violência, existe independente de uma formulação legal e necessita, tão somente, de um reconhecimento social – ou seja, de que a sociedade compreenda aquela prática como abusiva e desrespeitosa e que formule, em seu entendimento, que moralmente a conduta violenta não pode ser aceita (DEBERT; GREGORI, 2008 apud PULHEZ, 2013, p. 2).

O ordenamento jurídico brasileiro possui tipos penais que podem abranger as condutas de maus tratos ocorridas durante o parto e pós-parto imediato, com as respectivas penalidades, tais como os casos de episiotomia, que sendo feitas sem consentimento, de forma desnecessária e causando dano, podem ser tipificados como crime de lesão corporal, disposto no artigo 129 do Código Penal brasileiro, por atentarem contra a integridade física da mulher (NETO et al, 2016, p. 49). Todavia, o cerne do problema se dá pela ausência de uma regulamentação legal para atuar como marcador social em torno desta violência de gênero que, constituindo graves



violações aos direitos humanos, é naturalizada em razão do seu desconhecimento e invisibilidade.

Apesar do aparato à integridade física e psíquica das mulheres, o Estado não consegue atuar e punir os casos de violação aos direitos das mulheres, pois a maioria deles é compreendido como um processo de dor que é natural, esperado e necessário, em razão da visão da sociedade de como se constitui um parto e de como se dá um puerpério. Por isso, há omissão do Estado brasileiro, pois não existem parâmetros legais que estabeleçam os limites para as condutas de um profissional de saúde – até onde será o exercício de sua profissão e diante de que se enquadraria numa conduta abusiva para fins de violência obstétrica. Neste interim, o objetivo de uma regulamentação legal – e, conseqüentemente social – serve para que haja uma mudança no ideal de parto formulado pela visão da sociedade brasileira (PULHEZ, 2013, p. 9-10) e, diante disso, inserir cada vez mais a humanização como princípio básico para um parto respeitoso.

As medidas apontadas pela Convenção de Belém do Pará (1994), propõem que os Estados Partes devem condenar todas as formas de violência contra a mulher e adotar os meios necessários para a elaboração de políticas públicas com finalidade de prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Os artigos 7º e 8º, alínea “a”, aduz que os Estados Partes devem adotar medidas, inclusive legislativas, cujos objetivos sejam promover conhecimento e observância ao direito da mulher a uma vida livre de violência e de respeito e proteção aos direitos humanos (BRASIL, 1994). As propostas extraídas da Convenção Belém do Pará constituem normas mandamentais em prol de proteção legislativa às espécies de violência de gênero e que visam coibir práticas costumeiras que constituam violência contra a mulher, bem como adoção de políticas públicas que propaguem o conhecimento sobre os direitos básicos das mulheres a viverem livres de violência.

Nesta senda, foi elaborado em 2014, pelo ex Deputado Federal Jean Wyllys, o Projeto de Lei nº 7.633/2014, o qual dispõe sobre “a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.”. O PL conta com 31 artigos, os quais frisam a importância da construção do plano individual de parto, do respeito à Lei do Acompanhante, da assistência obstétrica humanizada (com respaldo nas recomendações da OMS e do Programa de Humanização do Parto e Nascimento), da necessidade de justificativa clínica quando utilizadas as intervenções consideradas desaconselhadas pela medicina baseada em evidências, do conceito de violência obstétrica e da caracterização de condutas que constituem abusos. Entende-se que o Projeto de Lei apresentado é completo, ao contemplar os conceitos de violência obstétrica e humanização na assistência do parto, bem como as práticas

que devem ser evitadas e soluções propostas à minimização dos abusos ocorridos no período gravídico-puerperal.

Ademais, o Projeto de Lei proposto seria capaz de suprir a omissão legislativa brasileira sobre a necessidade de combate à violência obstétrica e sobre a importância de que o parto seja humanizado, respeitador de direitos e um momento tranquilo, protagonizado pela mãe e pela família. A proposta legislativa do Deputado Jean Wyllys foi pensada ao Projeto de Lei nº 6.567/2013, propondo alterações no artigo 19- J da Lei 8.080/1990, acrescentando-se apenas um inciso que aduz que o SUS é obrigado a oferecer diretrizes e orientações que possibilitem o parto humanizado, concentrando, assim, todo o teor de 31 artigos que tratam de questões emergentes e sem a devida notoriedade, recaiu em um inciso para compor uma Lei que é constantemente violada sem que nada seja feito.

Quando se fala na violação dos direitos da mulher relacionados ao parto e pós parto imediato, o Poder Público deve oferecer devida investigação ao fato, sanção ao agente e reparação às mulheres em situação de violência por sua condição de gênero, principalmente considerando-se um momento de extrema vulnerabilidade, tal qual o parto ou puerpério, onde as condições hormonais e de saúde encontram-se alteradas. A justiça deve ser aplicada observando o contexto de gênero, modificando as formas tradicionais que compreendem: a revitimização da mulher, dúvida sobre suas falas, descredibilidade de seu depoimento e impunidade ao agente (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015, p. 508), considerando o cenário de diferença nas relações de poder estabelecidas entre paciente grávida e profissional de saúde.

A Constituição Federal brasileira (1988), em seu rol de direitos tutelados pelo Estado, assegura o direito à saúde, integridade física e mental e não discriminação (LEITE et al, 2022, p. 486), sendo alguns potencialmente violados com o atual modelo de assistência obstétrica brasileiro, de modo que a ausência de uma regulamentação legal perpetua o desrespeito, não só aos direitos humanos e tratados internacionais, como também à Constituição brasileira, já que a realidade das maternidades e da ausência de visibilidade sobre este tema fazem com que muitas mulheres sofram violações à sua intimidade, autonomia, integridade e sejam alvo de discriminação por diversos fatores.

Além da ausência de uma norma que trate da violência obstétrica como violência de gênero e com gravidade considerável, alguns atos do Poder Público constituem retrocessos à luta dos movimentos brasileiros em prol da humanização do parto, como por exemplo em 2019, quando o Ministério da Saúde publica o Ofício 017/19 – JUR/SEC, aduzindo que o termo “violência obstétrica” é inadequado e impedindo seu uso em documentos legais e afins, por compreender que seu uso prejudica a imagem da classe médica. A posição do Ministério da

Saúde tornou-se polêmica, tendo posterior manifestação do Ministério Público Federal em prol da legitimidade do uso do referido termo pelas mulheres para referirem-se às más experiências relacionadas ao parto e ao pós-parto. No entanto, o Brasil parece ter adotado a primeira posição, deixando de utilizar a expressão em seus textos oficiais e políticas públicas de saúde materna (LEITE et al, 2022, p. 489).

Ao negligenciar o problema, o Brasil coloca-se em posição de omissão e atraso em relação aos países que já reconheceram a violência obstétrica e tomaram providências legais para seu conhecimento e enfrentamento pela sociedade – tal qual a Argentina, como demonstrado no presente trabalho, que adotou uma medida legislativa de alcance nacional há 19 anos. Isso ainda não ocorreu no Brasil (SPACOV; SILVA, 2019, p. 495). Mesmo com os movimentos pela humanização do parto tendo iniciado por volta de 1980, dedicando-se a estudar este problema e propondo soluções, inclusive legislativas, até hoje pouco se fez e do que foi feito nada foi paradigmático (SOUSA; BONFIM, 2022, p. 399).

Conforme afirma Antônio Luiz Machado Neto (1987 apud SOUSA; BONFIM, 2022, p. 392), o direito surge como um instrumento para atender os anseios sociais, de modo que o costume e as práticas corriqueiras que surgem com o tempo devem ser objeto do legislador para regulamentar determinada situação, propor solução aos conflitos e, se necessário, determinar punições aos agentes (SPACOV; SILVA, 2022, p. 491-492). Paulo Nader (2014) afirma que o direito não existe em si próprio, mas sim na sociedade; que o legislador deve atentar-se aos reclamos e imperativos do povo e leva-los aos códigos, captando, assim, a vontade coletiva.

Foi demonstrado que, a necessidade de humanização do parto engloba direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres envolvidas, melhorias na qualidade da atenção obstétrica, diminuição das mortes neonatais e maternas, autonomia e protagonismo da mulher sobre seu corpo e seu parto. Além disso, um marco legal brasileiro que seja referência para os aplicadores do direito obterem uma interpretação que siga uma linha coerente e baseada em lei, a fim de promover segurança jurídica e efetiva tutela dos direitos que estão relacionados ao parto humanizado, e, assim, correspondendo aos diversos anseios sociais pela regulamentação da violência obstétrica, com o intuito de retirar o caráter de invisibilidade deste fenômeno e de estimular seu combate (SPACOV; SILVA, 2019, p. 497).

O desafio de humanizar o parto e preservar as mulheres de violações decorrentes dos maus tratos sofridos ainda é grande, visto que durante muitos anos as estatísticas permanecem as mesmas e o Poder Público pouco faz para que a realidade torne-se diferente do que se vê, no entanto, compreende-se que a adoção de uma medida legislativa – tal qual foi feito em vários países da América Latina – seria crucial para que a sociedade tomasse conhecimento dos

direitos básicos da mulher, das muitas providências advindas com uma assistência obstétrica respeitadora e humanizada e, por fim, uma mudança na realidade materna do Brasil.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na realidade obstétrica brasileira, denota-se que o país possui uma lacuna legislativa sobre as questões de violência de gênero acometidas contra as gestantes e puérperas. Essas violências são constantemente naturalizadas e compreendidas como processos de dor inerentes ao parto, mas na verdade se tratam de grandes violações aos direitos humanos das mulheres e, em alguns casos, também dos neonatos.

Percebe-se que alguns países possuem arcabouços legais que possibilitaram avanços no tocante à violência obstétrica, fomentaram políticas públicas eficientes e conscientizaram sua população de que o fenômeno existe e deve ser combatido por meio da informação, esclarecimento e cumprimento dos direitos que já eram previstos em suas Constituições. Ademais, houve complementação normativa com regulamentações legais que designaram conceitos e a enquadraram a violência obstétrica como uma forma de violência contra a mulher, tal qual a Argentina, que teve sua legislação analisada e comparada à omissão do Estado brasileiro no tocante às condutas abusivas em comento.

A lei do parto humanizado constituiu um paradigma legislativo, por instituir direitos como o respeito aos tempos físicos e biológicos da mulher, repressão às intervenções médicas desnecessárias, presença obrigatória de um acompanhante de escolha da gestante e de ser informada sobre todas as possibilidades, permitindo que a escolha seja feita como melhor lhe convém. Ao comparar esse diploma legal com o que se observa em leis e estatísticas brasileiras, verificou-se que o país está atrasado e omissor. Outros projetos de lei já foram propostos com ideias semelhantes, mas não conseguem obter a aprovação necessária para vigorar no Brasil.

Conclui-se também que existem condutas relacionadas à violência obstétrica que já estão previstas no Código Penal brasileiro, mas que não há a efetiva punição dos agentes. Isso porque os maus tratos e abusos sofridos durante o parto e o pós-parto imediato são desconhecidos pela maioria das pessoas, por serem uma modalidade de violência de gênero dotada de invisibilidade social e que carecem de uma atenção normativa, para que o conhecimento de seu teor consiga somar esforços para combater e coibir suas práticas.

Ademais, percebe-se que existe uma grande importância no emprego das noções e princípios de humanização do parto, que já compõem o SUS e que poderiam aproximar os profissionais de saúde da ideia de um parto respeitoso e legitimasse a autonomia da mulher como protagonista de seu corpo e de seu momento, afastando as noções de controle por equipes de saúde, quando desnecessário. Assim, destacam-se os direitos básicos já consubstanciados – informação, não discriminação, direito de estar livre de violência – somando-se aos princípios

da medicina da família, autonomia da mulher, esclarecimentos sobre suas possibilidades de escolha quando houverem alternativas e submissão aos procedimentos que estejam de acordo com a medicina baseada em evidências científicas.

Constatou-se que existem muitos direitos já conquistados formalmente pelas mulheres brasileiras, mas que não conseguem ser efetivos, porque não há conhecimento suficiente sobre seu conteúdo. Desse modo, muitas mulheres estão sujeitas à tratamentos desumanos e abusivos, sem saber que se tratam de violações recorrentes e cotidianas. Assim, torna-se crucial uma resposta legislativa aos vários anseios sociais por mudanças no cenário de assistência obstétrica no Brasil, de modo que a regulamentação legal a ser instituída conceitue a violência obstétrica e a enquadre como violência de gênero, estabeleça suas formas de manifestação e ressalte a importância de humanizar o parto nas maternidades brasileiras.

## REFERÊNCIAS

- ABDALA, Leila. “Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi”. La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, 2021.
- ABDALA, Leila. Parto y espiritualidad. **RevIISE-Revista de Ciencias Sociales y Humanas**, v. 19, n. 19, p. 21-36, 2022.
- ALMEIDA, Luciene. Brasil é o segundo país onde mais se realizam cesáreas. Esse procedimento é bom para a mãe e o bebê? **NewsLab**. 20 jan 2020. Disponível em: <https://newslab.com.br/brasil-e-o-segundo-pais-onde-mais-se-realizam-cesareas-esse-procedimento-e-bom-para-a-mae-e-o-bebe/>. Acesso em 18 jan 2023.
- ARGENTINA. [Constituição (1994)]. Constitucion de La Nacion Argentina. Santa Fé: **Convención Constituyente**. Disponível em: <https://pdba.georgetown.edu/Parties/Argentina/Leyes/constitucion.pdf>. Acesso em 14/02/2023.
- ARGENTINA. Ley no 25.929/2004. Ley Nacional de Parto Respetado. **Boletín Oficial**, Buenos Aires, 21 set. 2004.
- ARGENTINA. Ley no 26.485/2009. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. **Boletín Oficial**, Buenos Aires, 11 mar. 2009.
- AZEVEDO, Júlio Camargo. Precisamos falar sobre a violência obstétrica. **Informativo Jurídico**. 2015. Disponível em: <[http://www.conjur.com.br/2015-mai-16/julio-azevedo-precisamos-falar-violencia-obstetrica#\\_ftnref1](http://www.conjur.com.br/2015-mai-16/julio-azevedo-precisamos-falar-violencia-obstetrica#_ftnref1)>
- BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, v. 23, p. 501-517, 2015.
- BELLI, Laura Florencia. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. **Revista Redbioética/UNESCO**, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, 10 de janeiro de 2002.
- BRASIL. Lei nº 11108, 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**, 7 de abril de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRUN, C.; MALACARNE, F. .; GIONGO, M. L. . Violência Obstétrica, uma Herança Histórica Refletida na Falta de Legislação . **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste, [S. l.]**, v. 6, p. e27808, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/27808>. Acesso em: 24 jan. 2023.

- CABRAL, Paz; ACACIO, Juan Antonio; La violencia de género como problema público. Las movilizaciones por “Ni una menos” en la Argentina ; Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Periodismo y Comunicación Social; **Questión**; 1; 51; 9-2016; 170-187
- CALAFELL, Núria et al. La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. **Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia**, 2015.
- CAMACARO CUEVAS, Marbella. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. **Revista Venezolana de Estudios de la Mujer**, Caracas , v. 14, n. 32, p. 147-162, jun. 2009.
- CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 960-967, 2005.
- CHIAROTTÍ, Susana; JURADO, Mariana García; AUCÍA, Analía; ARMICHIARDI, Susana. Con todo al aire: Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rosário: **INSGENAR, CLADEM**, novembro de 2003.
- D1973. DECRETO Nº 1.973, DE 1º DE AGOSTO DE 1996. 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.
- DE OLIVEIRA, Lucília Mendes et al. Políticas Públicas contra a violência obstétrica no Brasil: o HumanizaSUS. **Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, p. 514-526, 2018.
- DE SOUZA, Agnes Carolinne Alves; VALENTE, Márcio Bruno Barra. Violência Obstétrica: Um desafio para psicologia. **Revista Hum@nae**, v. 10, n. 1, 2016.
- DÍAZ GARCÍA, Luis Iván; FERNÁNDEZ, Yasna. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. **Revista de derecho (Valparaíso)**, n. 51, p. 123-143, 2018.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de saúde publica**, v. 30, p. S140-S153, 2014.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. **São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo**, v. 255, 2001.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva** , v. 1, n. 1, pág. 80-91, 2006.
- DO NASCIMENTO NETO, José Osório et al. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cadernos da Escola de Direito**, v. 2, n. 25, p. 48-60, 2016.
- FERNANDES PESSOA MADEIRA, D.; LUIZA SILVA QUEIROZ, M. .; LOPES TOLEDO, R. . VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A RELAÇÃO ENTRE A VIOLAÇÃO DO DIREITO À ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HUMANIZADA E O PATRIARCADO. **Gênero & Direito, [S. l.]**, v. 9, n. 04, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/51799>. Acesso em: 14 jan. 2023.



- FIGUEIREDO, Anna Ascensão Verdadeiro de; NORONHA, Paulo. Plano de parto: diretriz de tratamento e violência obstétrica. **Consultor Jurídico**, 2021. Disponível em: <[https://www.conjur.com.br/2021-out-18/opinio-plano-parto-tratamento-violencia-obstetrica#\\_ftn8](https://www.conjur.com.br/2021-out-18/opinio-plano-parto-tratamento-violencia-obstetrica#_ftn8)>. Acesso em 13 de março de 2023.
- FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 10. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- GALIMBERTI, Diana; MAZZOLI, P. Violencia obstétrica. **Artículo original. Buenos Aires-Argentina**, 2015.
- GONZÁLEZ, Maria Fernanda; GARCÍA PRESAS, A.; MATTIOLI, Marina. Activismos por el parto respetado: prácticas, apropiaciones y disputas en Entre Ríos, Argentina. P. Quatrocchi y N. Magnone (comp.). **Violencia obstétrica en América Latina. Cuadernos de Salud Colectiva**, 2020.
- JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.
- KATZ, Leila et al. Quem tem medo da violência obstétrica?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 623-626, 2020.
- LEITE, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 483-491, 2022.
- MADUREIRA, L. S. S. .; CORDEIRO, T. L. C. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ARMADILHA DE UM CRIME CULTURALMENTE NORMATIZADO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 343–367, 2021. DOI: 10.51891/rease.v7i5.1198. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1198>. Acesso em: 24 jan. 2023.
- MARANHÃO (Estado). Lei nº 11.450, de 20 de abril de 2021. Dispõe sobre a obrigatoriedade de informar à gestante o direito ao acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto no âmbito do Estado do Maranhão. **Diário Oficial do estado**, 20 de abril de 2021.
- MARIANI, ADRIANA C.; DO NASCIMENTO NETO, J. O. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA: BREVES CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS E DO RESPEITO ÀS MULHERES. **Cadernos da Escola de Direito**, v. 2, n. 25, p. 48-60, 10 nov. 2016.
- MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 56-64, 2014.
- MASTROPAOLO, Maria Josefina. Cesáreas eletivas ou partos violentos? Pesquisa comparada sobre violência obstétrica na Argentina, no Brasil e no Uruguai. **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 2017.
- MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.
- MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 40, 2019.

MEDINA, Graciela. Violencia obstétrica. **Revista de Derecho de Familia y de las Personas**, v. 4, n. 6, 2009.

MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA REPÚBLICA ARGENTINA. Boletín de Jurisprudencia: Violencia Obstétrica. **Referencia Jurídica e Investigación**, Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia. Abril de 2022

MOREIRA, Sérgio Adriany Santos; PARTICHELLI, Patrícia Peterli; BAZANI, Adriana Aparecida Oliveira. A violência obstétrica e os desafios de se promover políticas públicas de saúde efetivas. **Diálogo**, n. 41, p. 115-126, 2019.

NADER, Paulo. **Introdução ao estudo do direito**. 36ª edição. Rio de Janeiro: Editora Forense.

NALIN, Amanda Tureta; COSTA, Larissa Aparecida. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB UM OLHAR JURÍDICO. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 16, n. 16, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

PARANÁ (Estado). Lei nº 20.127, de 15 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. **Diário Oficial do Estado**, 2020.

PULHEZ, Mariana Marques. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. **Anais do 10o Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 2013.

PULHEZ, Mariana Marques. Parem a violência obstétrica!. **EDITOR E CONSELHO EDITORIAL**, p. 522, 2013.

RAMÓN MICHEL, Agustina; ALLORI, Agustina. El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina. **Mora (Buenos Aires)**, v. 23, n. 1, p. 144-153, 2017.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. São Paulo: RPP, 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 7191, de 6 de janeiro de 2016. DISPÕE SOBRE O DIREITO AO PARTO HUMANIZADO NA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. (Redação dada pela Lei nº 9238/2021). **Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro**, 2016.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017.

SANTOS, M. B. B. dos. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A VIOLAÇÃO AOS DIREITOS DA PARTURIENTE E A DESUMANIZAÇÃO DO PARTO. **Revista de Direito UNIFACEX**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1–23, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/direito/article/view/869>. Acesso em: 27 mar. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 17431, de 14 de outubro de 2021. Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher. **Assembleia Legislativa do estado de São Paulo**, 2021.

- SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.
- SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.
- SILVA, Huanna Beatriz Serra; ALVES, Julhianna Bezerra; DOS REIS, Valéria Lima Vieira Rocha. DO SONHO AO PESADELO: A REALIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE OS PARTOS NORMAIS NO BRASIL. In: **ANAIS DO 10º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS CRIMINAIS-PUCRS**. 2020. p. 63.
- SOUSA GARCIA, C. L.; BONFIM LIMA, R. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DO DESCASO SOCIAL AO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. **Revista Vertentes do Direito**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 391–410, 2022. DOI: 10.20873/uft.2359-0106.2022.v9n1.p391-410. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/direito/article/view/13375>. Acesso em: 26 mar. 2023.
- SPACOV, Lara Vieira; SILVA, D. S. Violência Obstétrica: Um olhar jurídico desta problemática no Brasil. **Derecho y Cambio Social**, p. 485-499, 2019.
- STUDART, Mariana Guerra. Responsabilidade civil decorrente de violência obstétrica. 2023. 103 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito de Alagoas, Curso de Direito, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022.
- TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. 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: 27 fev. 2023.
- VACAFLOR, Carlos Herrera. Violência obstétrica: uma nova abordagem para identificar obstáculos ao acesso à saúde materna na Argentina. **Violência: uma barreira para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos**, 2017, p. 44.
- VIEIRA, Thaís Francielle Santana et al. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 9912-9925, 2020.
- VILLAR, Violeta. Parirás como quieras. **Maíz**, 2014.
- Westbrook, Lara Kaplan, "El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires" (2015). *Coleção Projeto de Estudo Independente (ISP)*. 2245.
- ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017.