

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS MECANISMOS DE PROTEÇÃO JURÍDICA NO DIREITO BRASILEIRO

Adriana Blaskesi de Almeida*
Liane Maria Busnello Thomé**

Resumo: A violência obstétrica é um tema muito debatido na atualidade. Contudo, durante muito tempo se desenvolveu de forma invisível perante a sociedade. Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar a conceituação do termo violência obstétrica, evidenciar quais são as formas desse tipo de violência contra a mulher, examinar quais são os direitos garantidos às mulheres no período gravídico-puerperal, bem como verificar se existe legislação específica que regula as práticas obstétricas brasileiras. O presente artigo é resultado de uma pesquisa qualitativa, por meio de uma revisão de literatura baseada em livros, artigos e legislação, desenvolvida através de um método dedutivo. Buscou-se ressaltar a relação de autonomia existente entre o profissional e a parturiente. O trabalho resultou na percepção de uma grande controvérsia concernente ao uso da expressão violência obstétrica pelos diversos setores da sociedade.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direitos. Mulheres. Parto. Autonomia.

Abstract: The obstetric violence is a very debated issue at the present time. However, it has been developed in an invisible way before society. In this context, the aims of the present study are to review the conception about the violence obstetric term, to identify ways of violence against women, and to analyze about women rights at the pregnancy-childbirth period, as well as to study about specific legislation regulating obligations on obstetric practices. The present paper is a qualitative research result, by means of a revision of literature conducted by books, articles and legislation, developed by a deductive method to emphasize the relationship of autonomy between the professional and the parturient. The results of this work showed the perception of a considerable controversy related to the use of the obstetric violence expression by the different society sectors.

Keywords: Obstetric Violence. Rights. Women. Child-birth. Autonomy.

* Bacharela em Direito da Escola de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Cirurgiã-Dentista, Especialista em Prótese Dentária. Contato: adriblaskesi@gmail.com.

** Orientadora: Prof.^a Me. Liane Maria Busnello Thomé. Professora da Escola de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Contato: lianebusnello@yahoo.com.br.

Sumário: 1. Introdução. 2. Violência obstétrica. 2.1. Parto e direito. 2.2. Direitos da gestante. 2.3. Documentação para um parto seguro. 3. Políticas públicas. 3.1. O Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Política de Humanização. 3.2. O Projeto Parto Adequado e a Agência Nacional de Saúde Suplementar. 3.3. Defensorias Públicas e a Violência Obstétrica. 3.4. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). 4. Legislação e Violência Obstétrica. 4.1. Lei do Acompanhante – Lei 11.108/2005. 4.2. Código Penal – Lei 2.848/1940. 4.3. Legislações Estaduais, Municipais e Projetos de Lei Federal. 5. Considerações finais. Referências.

1 Introdução

O presente trabalho tem por objetivo analisar a conceituação do termo violência obstétrica, evidenciar quais são as formas desse tipo de violência contra a mulher, analisar quais são os direitos garantidos às mulheres no período gravídico-puerperal, bem como verificar se existe legislação específica que regulamente as práticas obstétricas brasileiras.

A configuração do quadro de violência, geralmente, se dá a partir do momento em que o processo é realizado com desrespeito ao princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da parturiente. Isso ocorre através da utilização de práticas que violam a integridade física da mulher, de forma usual e sem consentimento, bem como quando agridem, em algum grau, sua esfera psíquica ou emocional.

A falta de informação concernente às boas práticas em obstetrícia faz com que mulheres sem conhecimento a respeito de seus direitos não percebam que a assistência pode estar sendo realizada de forma inadequada e desrespeitosa.

O parto humanizado aparece nesse contexto visando aprimorar as condutas obstétricas, através da valorização do protagonismo da mulher durante o processo de parto, colocando em evidência sua condição de sujeito de direitos.

A relevância deste estudo se verifica devido à invisibilidade da violência institucional exercida historicamente contra as mulheres, em um momento tão significativo da vida como é o nascimento dos filhos.

Assim sendo, o presente artigo se desenvolverá de modo que, o primeiro capítulo buscará analisar o conceito de violência obstétrica, abordando tipos de condutas que caracterizam o quadro de desrespeito às mulheres no processo do parto e também os direitos das gestantes e parturientes.

O segundo capítulo se concentrará em realizar uma análise a respeito das políticas públicas já desenvolvidas no país que se relacionem com o cenário da violência obstétrica.

E, por fim, o terceiro capítulo examinará a existência de legislação que proteja a mulher no momento do pré-parto, parto e pós-parto no contexto brasileiro.

A pesquisa será qualitativa por meio de uma revisão de literatura baseada em livros, artigos e legislação, a ser desenvolvida por meio de um método dedutivo.

2 Violência obstétrica

As mulheres enfrentam diversos tipos de violência de gênero, em inúmeros contextos sociais. Isso ocorre no âmbito doméstico e familiar, nos espaços públicos, ou, mesmo, em instituições de saúde, nas relações estabelecidas entre profissionais e pacientes.

A violência contra mulher é definida como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. Tal conceito foi definido pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, em 1994, e ratificada pelo Brasil em 1995 (NAÇÕES UNIDAS, 1994; SOUZA et al., 2010).

A violência obstétrica é um tipo de violência realizada contra a mulher que, segundo dispõe a Lei Argentina nº 26.485, de 2009, diz respeito às condutas, ações ou omissões que, de maneira direta ou indireta, tanto nos espaços públicos como nos privados, baseadas em uma relação de desigualdade de poder, afetem a vida, a liberdade, a dignidade, a integridade física, psicológica, sexual, econômica ou patrimonial, bem como a segurança pessoal da mulher (ARGENTINA, 2009; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Na mesma direção, a Lei Venezuelana nº 38.668, de 2007, define a Violência Obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, gerando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Em vista dos conceitos expostos, esse tipo de violência pode ser caracterizado como qualquer ato de desrespeito realizado contra uma mulher nas consultas pré-natais, durante o acompanhamento da gravidez; assim como nos hospitais, durante o trabalho de parto; nas enfermarias, no pós-parto, no puerpério ou em atendimentos de situações de abortamento. Essa situação pode se dar contra a mãe, contra a criança e até contra quem os acompanha, e pode ser exercida por parte da equipe da administração do hospital, da equipe de enfermagem, dos médicos ou de outro profissional de saúde (MACEDO, 2013; ÁVILA, 2016).

Esse quadro pode se desenvolver de forma física ou verbal. O tipo de violência verbal ocorre a partir de qualquer interação do profissional com a parturiente que possa ser “[...] rude, grosseira, humilhante, preconceituosa, cause medo, culpa ou alienação, ou fira de qualquer forma a dignidade e integridade da mulher [...]” (MACEDO, 2013).

Por outro lado, a violência física se manifesta mediante intervenções cirúrgicas desnecessárias, como, por exemplo, cesáreas agendadas sem indicação, ou através de procedimentos mutiladores que agridem a condição física da mulher, como cirurgias que ocasionem hemorragias ou danos na condição sexual (ÁVILA, 2016).

É sabido que, rotineira e historicamente, têm sido realizadas nas maternidades brasileiras práticas não preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, consistindo, muitas vezes, em condutas iatrogênicas (ROCHA et al., 2009).

Como exemplo de tais procedimentos é possível citar: a episiotomia de rotina (corte na vulva ou na vagina feito com uma tesoura ou bisturi); o emprego abusivo de ocitocina para acelerar o parto, e a utilização da Manobra de Kristeller – prática em que o profissional de saúde sobe sobre a barriga da parturiente, exercendo pressão externa no fundo do útero a fim de acelerar o nascimento da criança (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014; RODRIGUES et al., 2018).

A Manobra de Kristeller é proibida em diversos países e desencorajada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devido à possibilidade de causar danos físicos à mãe e à criança (MACEDO, 2013).

A episiotomia, quando realizada de forma rotineira e aplicada a todas as mulheres indistintamente, com objetivo tão somente de acelerar o nascimento do bebê, tem sido considerada uma forma de desrespeito aos direitos da mulher.

Ocorre a violação de direitos quando não há indicação médica específica para o corte e a informação não é devidamente transmitida à parturiente sobre o que está sendo realizado e quais os motivos das condutas.

Com a exceção da Manobra de Kristeller, todas as intervenções citadas têm indicações e podem ser necessárias para salvar uma vida ou garantir a saúde do bebê e da mãe. O motivo pelo qual elas podem se caracterizar como violência obstétrica não é pelo procedimento em si, mas pelo fato de, muitas vezes, ser realizado rotineiramente e sem necessidade pelos centros de obstetrícia e maternidades (MACEDO, 2013).

Sendo assim, os procedimentos supracitados deveriam ser utilizados pelos profissionais de saúde em casos restritos, através de criteriosa indicação obstétrica e não de forma rotineira.

2.1 Parto e direito

A relação que se estabelece entre o profissional e a paciente tem sofrido diversas transformações ao longo do tempo. A mulher vem adquirindo maior participação no momento do nascimento dos filhos, através do aumento da apropriação de informações e do desenvolvimento de políticas de proteção e incentivo ao parto seguro, adequado e respeitoso.

Segundo o Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, a relação de desigualdade entre a mulher e o profissional de saúde torna-se bastante evidente se analisarmos as situações e seus possíveis desdobramentos do ponto de vista jurídico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O vínculo estabelecido entre o profissional de saúde e as pessoas às quais assiste é fundamental, pois, a depender da qualidade das interações, será maior ou menor o potencial de se construir uma relação de confiança capaz de provocar transformações pessoais que contribuam para a produção de saúde (BRASIL, 2013).

À mulher pouco amparo legal é conferido. Há, por vezes, dificuldade para dar prosseguimento, judicialmente, às denúncias a respeito do caráter danoso das condutas do profissional de saúde, muitas vezes sendo difícil a comprovação do nexo causal. De modo geral, as parturientes também desconhecem seus direitos, o que colabora para manter e perpetuar condutas abusivas, configurando a “crise da confiança” no exercício das relações (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Na interação médico-paciente, depois de se estabelecer o diagnóstico de determinada doença, pode se desencadear, ocasionalmente, um conflito entre o profissional da saúde, que possui o conhecimento técnico para o exercício de sua atividade e a paciente, que é parte interessada em definir os procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem realizados. Desenvolve-se uma relação linear que busca distinguir, de um lado, o direito da paciente em determinar-se de acordo com sua vontade em relação à saúde e à vida e, de outro, o profissional em indicar os procedimentos médicos apropriados, sem, entretanto, obrigá-la a tanto (JÚNIOR, 2016).

Diante do exposto, faz-se necessário o estabelecimento de um bom vínculo profissional-paciente, para que a interação se concretize da forma mais humanizada possível, com respeito mútuo entre os sujeitos envolvidos na relação.

2.2 Direitos da gestante

A violência obstétrica se estabelece, como salientado anteriormente, quando práticas abusivas se transformam em condutas de rotina.

Além disso, pode ocorrer, por vezes, a escolha pelo que é mais conveniente para o profissional de saúde, desconsiderando-se os anseios da parturiente (MACEDO, 2013; ÁVILA, 2016).

Essas atitudes vão de encontro ao Princípio da Autonomia. Isso significa dizer que, quando os desejos da mulher não são levados em consideração, ou quando não é respeitada sua liberdade para fazer uma opção consciente dentro do que lhe é oferecido, a afronta aos direitos se estabelece, impossibilitando o protagonismo da mulher no momento do parto (ÁVILA, 2016).

Na literatura estão descritos diversos direitos da mãe e do bebê. No período pós-parto, a equipe médica não deve, sem justificativa, impedir o contato da mãe com o recém-nascido, bem como obstar a amamentação na primeira hora de vida. Mãe e filho devem ter a garantia de serem alojados no mesmo quarto, salvo quando há necessidade de que o recém-nascido permaneça em incubadora ou UTI neonatal, por exemplo (MACEDO, 2013).

Além disso, de acordo com a lei 11.108, de 2016, todas as parturientes têm o direito de ter um acompanhante escolhido por elas durante todo o processo do parto, não devendo haver restrição de gênero, por se constituir um direito legal da família.

A proibição injustificada ou a autorização apenas para acompanhantes do sexo feminino englobam um conjunto de situações que configuram o desrespeito aos direitos das mulheres no processo de parto.

No que tange ao direito à intimidade, constituem violação: a realização de exames de toque sucessivos por diferentes pessoas, imobilização de braços e pernas, raspagem dos pelos (tricotomia) e lavagem intestinal. Além disso, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer deitada durante todo o trabalho de parto. A gestante tem o direito de se movimentar, andar, procurar melhores posições, usar o banheiro, sentar-se ou deitar-se de acordo com o que lhe for mais confortável, a menos que haja contra-indicação médica justificada. Exigir sua permanência em decúbito dorsal ou posição de litotomia (deitada de barriga para cima, com as pernas elevadas), é prejudicial para o parto e constitui, igualmente, quadro de violência obstétrica (MACEDO, 2013).

O direito à informação atrela-se ao princípio da autonomia, uma vez que somente com informações claras acerca dos procedimentos que serão realizados, o paciente é capaz de realizar escolhas autônomas e conscientes (SILVA; SERRA, 2017).

Constitui-se violência, portanto, não informar à mulher sobre a possibilidade de opção por um parto normal, bem como realizar qualquer procedimento médico sem o seu consentimento. Em outras palavras, a mulher deve saber exatamente a função, os riscos e as consequências de tudo o que for feito com o seu corpo durante o parto – incluindo, a aplicação de medicamentos via intravenosa, uso de hormônios para acelerar as contrações, exames de toque, uso de instrumentos, cortes e suturas. Com base nessas informações, a gestante deve decidir se os procedimentos deverão ou não ser realizados, excetuando-se casos, por exemplo, em que ela ou o feto corram risco de vida (MACEDO, 2013).

Em suma, a violência se configura, geralmente, quando não há transmissão adequada de informações, não se desenvolve um bom vínculo e uma boa comunicação entre os sujeitos envolvidos no processo, gerando desrespeito à dignidade, à autonomia, à liberdade e aos direitos das parturientes.

2.3 Documentação para um parto seguro

Em vista de prevenir a recorrência de situações inadequadas no momento do pré-parto, parto e pós-parto, existem diversos documentos que, através de seu preenchimento, proporcionam maior segurança às gestantes e parturientes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento através do qual o profissional fornece todas as orientações sobre os procedimentos a serem realizados, incluindo riscos e benefícios, tanto para gestante quanto para o feto. Em uma situação em que a gestante opte por uma cesárea eletiva, através desse documento, garante-se a ciência de que foi informada de forma simples e esclarecedora sobre o processo de parto a ser realizado. Assim, o médico adquire a segurança necessária para realização do parto, em razão do compartilhamento da decisão com a paciente, dando aspecto ético à sua conduta. Esse documento preserva também a autonomia do profissional, reduzindo a possibilidade de conflitos, da mesma forma que a gestante, devidamente informada e esclarecida, pode realizar escolhas de forma mais segura (JÚNIOR, 2016).

O Plano Individual de Parto é um documento que deve ser elaborado pela gestante, assinado por ela e pelo médico obstetra, onde estará explicitado previamente como deseja que seu parto seja conduzido. É importante que a elaboração do plano de parto seja efetuada com o auxílio de um profissional de saúde para sanar dúvidas, questionamentos e entender melhor o que é cada procedimento e quando ele é necessário. A elaboração do plano de parto é muito relevante. Além de evidenciar os desejos da mãe e permitir o debate sobre diferentes procedimentos em uma situação não emergencial, o plano ainda pode ser usado em um eventual processo judicial caso ele seja desrespeitado (MACEDO, 2013).

O Cartão da Gestante representa uma forma de interação entre profissionais e de proteção à mulher no período gravídico-puerperal. Desenvolvido em 1988, é onde se realizam os registros de informações essenciais sobre a evolução da gestação e sobre a saúde da gestante. É um documento que se traduz em uma garantia para a realização de uma atenção ao parto com menores riscos para a gestante, pois possibilita a continuidade da assistência nos três níveis de atenção, favorecendo a comunicação entre os profissionais (SANTOS NETO et al., 2012; POLGLIANI et al., 2014).

Outro método para prevenir os abusos durante o parto é o preenchimento do partograma. A OMS recomenda a utilização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto com objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade materna e fetal e de melhorar a assistência (ROCHA et al., 2009).

Essa tecnologia auxilia no monitoramento e evolução do trabalho de parto, bem como contribui significativamente na segurança dos profissionais de saúde na prevenção de intercorrências na atenção à parturiente (VASCONCELOS et al., 2013).

Diante disso, percebe-se que diversas políticas têm se desenvolvido a fim de proporcionar uma melhoria da qualidade de assistência ao parto, com maior interação entre os atores envolvidos no processo.

3 Políticas públicas

No Brasil, e no mundo, políticas públicas de saúde e compromissos entre diversos países desempenham importante papel na proteção dos direitos humanos.

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde, em 2014, publicou um documento intitulado “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. O documento descreve um quadro perturbador em relação às experiências das mulheres durante a gravidez, indicando que no mundo inteiro ocorrem abusos e negligências durante a atenção ao parto em instituições de saúde. O comunicado enfatiza que todas as mulheres têm direito ao mais alto grau de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência com respeito e dignidade durante toda a gravidez e o parto, bem como o direito de se manterem a salvo de violência e discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Em relação aos direitos na assistência ao parto, os órgãos responsáveis pelo desenvolvimento dessas políticas, bem como as entidades reguladoras, oferecem um norte a respeito das formas adequadas de atuação dos agentes na atenção à saúde da mulher, nos âmbitos públicos e privados.

A referida publicação da Organização Mundial da Saúde (2014) objetiva prevenir e eliminar as formas de abusos contra as mulheres durante o período gravídico-puerperal elencando cinco medidas que devem ser observadas no mundo inteiro, quais sejam:

- 1) maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;
- 2) começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência, visando ações para apoiar a mudança na conduta dos profissionais de saúde;
- 3) enfatizar os direitos da mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto;
- 4) Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; e
- 5) envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

O Brasil, nas últimas décadas, apresentou resultados significativos na diminuição da mortalidade materna e infantil. Contudo, um indicador de desenvolvimento social, a razão da mortalidade materna (RMM), permanece com altos índices, aproximadamente 3 ou 4 vezes superior, em comparação aos países desenvolvidos. A mortalidade materna, por causas evitáveis, apresenta uma queda abaixo do estimado, sendo importante destacar que o Brasil não conseguiu atingir o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), especialmente a meta de diminuir em 3/4 a Razão da Mortalidade Materna (RMM), entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2017).

Em setembro de 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu, em Nova Iorque, mais de 150 líderes mundiais, onde foi adotada uma nova agenda para o desenvolvimento sustentável. O compromisso é formado pelos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que devem ser implementados por todos os países do mundo durante os próximos 15 anos, até 2030. Dentre os objetivos, o número 3 diz respeito a assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Em relação à mortalidade materna, o documento indica que, globalmente, os índices caíram quase 50% desde 1990, sendo que na Ásia Oriental, no Norte da África e no Sul da Ásia, a mortalidade materna diminuiu cerca de dois terços. Contudo, a taxa de mortalidade materna – a proporção de mães que não sobrevivem ao nascimento do filho comparada com aquelas que sobrevivem – nas regiões em desenvolvimento ainda é 14 vezes mais alta do que nas regiões desenvolvidas, tendo em vista que ape-

nas metade das mulheres em regiões em desenvolvimento recebe a quantidade recomendada de assistência médica. Até 2030, objetiva-se: reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos; e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

O Brasil, na sua condição de país em desenvolvimento, deve atentar para tais medidas a serem implementadas com o intuito de diminuir os agravos à saúde materna, até o ano de 2030.

Segundo resultados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, em 2010, uma em cada quatro mulheres já sofreu violência obstétrica durante sua vida (VENTURI et al., 2010).

Essa informação chama atenção para a forma como vêm sendo realizados os partos no Brasil.

Esse contexto é agravado pelo elevado número de cesarianas no país, que o coloca em 2º lugar no mundo em percentual desse tipo de parto. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece em até 15% a proporção de partos por cesariana, no Brasil esse percentual é de 57%. As cesarianas representam 40% dos partos realizados na rede pública de saúde. Já na rede particular, chegam a 84% dos partos (UNICEF, 2017).

Segundo Belli, Cruz e Leão (2014), “essa ‘cultura da cesárea’ que tem se desenvolvido em nosso país desvaloriza um processo fisiológico e natural ao substituí-lo por um ato cirúrgico, expondo a mãe e o bebê a riscos desnecessários”.

Levando em consideração, portanto, a elevação do número de cesáreas no país, bem como o contexto de intervenções e condutas descritas, observa-se ser de suma relevância a proteção do período gravídico-puerperal.

Os mais diversos órgãos vêm, ao longo do tempo, editando portarias, normativas e regimentos a respeito do período do pré-parto, parto e pós-parto.

Essas entidades têm se responsabilizado por regulamentar e fiscalizar a aplicação de condutas adequadas por diversos setores da sociedade envolvidos no momento do nascimento de uma criança, como hospitais e profissionais de saúde, no âmbito dos planos de saúde, dos serviços privados e do sistema único de saúde.

O Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como o Ministério Público e as Defensorias Públicas de diversos estados, atendendo a uma demanda da sociedade, estão empenhados em regulamentar e buscar melhorar o quadro configurado em instituições de saúde brasileiras que atuam no período do pré-parto, parto e puerpério.

3.1 O Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Política de Humanização

Inúmeras normatizações técnicas acerca das condutas adequadas à humanização do atendimento à saúde têm sido desenvolvidas na saúde pública ao longo dos anos, tendo sido o Ministério da Saúde bastante competente nas suas atribuições.

Em outubro de 1993 foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). A Carta de Campinas, documento fundador da REHUNA, denunciou as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dava a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que eram submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (DINIZ, 2005; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A Rede de Humanização do Nascimento trouxe como objetivos: demonstrar os riscos das condutas excessivamente intervencionistas para a saúde das gestantes e recém-nascidos; revalorizar as práticas, humanizando o parto e o nascimento; e estimular as mulheres ao protagonismo de suas vidas, fortalecendo sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos, associadas ao saber técnico e científico comprovado (CARTA DE CAMPINAS, 1993).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde publicou, a Portaria nº 569 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo primordial de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004a).

Tal portaria trouxe a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Esse Programa se baseia em princípios que devem ser respeitados e colocados em prática pelos profissionais de saúde no atendimento à gestante, com especial observância ao princípio da dignidade da pessoa humana. As diretrizes se orientam no sentido de que, durante o pré-natal, a gestante deve ser acolhida com dignidade, deve receber as informações necessárias para o parto,

bem como deve estar ciente das condições de saúde do bebê. O Programa tem por objetivo principal o resgate da naturalidade do parto, com predileção por procedimentos não intervencionistas e invasivos (BRASIL, 2000; MACIEL, 2010).

Além disso, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004, o Ministério da Saúde elaborou um documento que:

num enfoque de gênero, incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. (BRASIL, 2004a)

No mesmo ano de 2004, o Ministério da Saúde instituiu, também, a Política Nacional de Humanização (PNH) que apresenta como princípios norteadores a autonomia e o protagonismo dos atores na saúde (BRASIL, 2004b; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), humanização, significa:

Aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004b).

Humanização do parto significa, portanto, uma assistência baseada nos direitos, demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos” (DINIZ, 2005; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A Política Nacional de Humanização, criada em 2003, entendeu que para haver uma transformação no modelo de cuidado e de gestão do nascimento é preciso agir em condutas de saúde “desumanizadoras”, a fim de modificar um contexto de “(des) cuidado naturalizado”. A gestante e seus familiares tendem a ser colocados em segundo plano quanto ao protagonismo na atenção à saúde. Por meio desse entendimento, há a tendência de se realizar condutas violentas, como, por exemplo, o racismo institucional ou o não acolhimento a casos de abortamento e de gravidez na adolescência. Ademais, a moral de gênero costuma se manifestar também na proibição de pessoas do sexo masculino participarem como acompanhantes (BRASIL, 2014).

A humanização, nesse contexto, compreende a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. Isso porque tais condutas, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Diniz (2006), entende a “humanização do parto” como a atenção baseada em evidências científicas, pautada no respeito e na promoção de direitos da gestante e de seu conceito, aliada à segurança, satisfação, informação e eficácia.

A partir disso, depreende-se que uma gestante bem informada passa a ter condições de entender que condutas intervencionistas nem sempre refletem boas práticas para um parto seguro e adequado.

Ademais, a Portaria nº 1.820 de 2009 caracteriza os direitos e deveres dos usuários da saúde. Em seu teor, e do ponto de vista normativo, aborda os aspectos que envolvem o atendimento humanizado, sendo complementada pela Resolução RDC nº 36, de 3 de julho de 2008, da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2008; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Dentre os direitos do usuário da saúde na referida portaria, o Art. 4º dispõe:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência [...] (BRASIL, 2009).

A Resolução RDC nº 36/2008, da ANVISA, a seu turno, define a humanização da atenção e gestão da saúde como a:

Valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores (BRASIL, 2008).

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria nº 1459/2011 e alterada pela Portaria nº 2351/2011, é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. O programa visa assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, bem como objetiva apoiar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011; ZANARDO et al. 2017).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por sua vez, através da Resolução da Diretoria Colegiada Nº 36 de 2013, instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Essa resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. A medida traz conceitos de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, determinando que sejam criados núcleos de segurança do paciente (NSP), instâncias do serviço de saúde criadas para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança dos usuários.

Através das diversas políticas de saúde pública instituídas no país ao longo dos anos, percebe-se o esforço em humanizar o momento do parto, priorizando o protagonismo da gestante. A parturiente deve ser sempre bem informada pela equipe de saúde, com orientações acerca das escolhas que pode realizar, visando à execução de um parto com respeito e cuidado.

Ademais, observa-se que diversos órgãos têm se preocupado em delinear os direitos dos usuários de saúde que devem ser assegurados por instituições e profissionais de saúde, tanto no âmbito público como no privado.

3.2 O Projeto Parto Adequado e a Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. No ano de 2015, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 368 (BRASIL, 2015).

Tal dispositivo versa sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico.

Em outras palavras, a norma visa incentivar o parto normal na rede suplementar de saúde, sob a perspectiva de uma política pública de redução de riscos à mulher e ao bebê (SOUZA, 2015).

A normativa traz algumas exigências, como a disponibilização do Cartão da Gestante pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde sempre que for requisitado por uma de suas beneficiárias que esteja em estado gravídico.

Além disso, há a obrigatoriedade de preenchimento do partograma, um documento gráfico em que são realizados os registros do desenvolvimento do processo de parto, da situação materna e fetal e deverá conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS (BRASIL, 2015).

Em 2016 a ANS, juntamente com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement, com o apoio do Ministério da Saúde, publicou o documento: “Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado”. O Projeto Parto Adequado foi motivado por uma Ação Civil Pública ajuizada pelo Ministério Público Federal contra a ANS – ACP nº 0017488-30. 2010.4.03.6100 – impelindo-a a agir de forma mais efetiva para a redução do elevado percentual de cesarianas desnecessárias no Brasil, tendo em vista que as medidas anteriormente adotadas não surtiram o efeito esperado. O objetivo definido para o Projeto Parto Adequado foi, em conjunto com o grupo de hospitais participantes, elaborar, testar, avaliar e disseminar um modelo de atenção ao parto e nascimento que favoreça a qualidade nos serviços, valorize o parto normal e contribua para a redução de cesarianas desnecessárias e dos riscos delas decorrentes (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

3.3 Defensorias Públicas e a Violência Obstétrica

As Defensorias Públicas dos Estados têm, recentemente, produzido e disponibilizado cartilhas sobre Violência Obstétrica. Exemplos atuais são as Defensorias Públicas dos Estados da Bahia, do Mato Grosso do Sul, do Paraná e de São Paulo. Esses órgãos não estão medindo esforços na orientação da população em relação aos direitos das mulheres no momento do parto.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo editou uma cartilha em que elenca as formas de violência durante a gestação, no parto e no atendimento em situações de abortamento. Ademais, conceitua esse tipo de violência e orienta sobre as maneiras de denunciar. O conceito utilizado foi extraído de leis da Argentina e da Venezuela: caracteriza-se pela apropriação do corpo e processo reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sexualidade, impactando negativamente sobre a qualidade de vida das mulheres (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

A Cartilha da Defensoria Pública do Estado do Mato Grosso do Sul, “Violência Obstétrica – Gestação e Parto”, explica o que é Violência Obstétrica, os motivos de combatê-la, bem como evidencia os mitos do nascimento, orientando sobre o Parto Humanizado. Além disso, orienta sobre o direito da gestante ser bem informada e sobre sua liberdade de escolha. O documento exemplifica, ainda, as práticas que são condenáveis, os tipos de boas práticas e indica as formas de realizar as denúncias (ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 2017).

A Defensoria Pública da Bahia, em 2018, lançou o folder “Conversando sobre Violência Obstétrica: identifique e denuncie”. Nesse documento explica o que é violência obstétrica segundo o conceito definido pela Organização Mundial da Saúde e o Dossiê Violência Obstétrica – Parirás com dor. Explica como as mulheres devem se prevenir e denunciar a prática de atos que incidam sobre o seu corpo, causando dor ou dano físico, sem recomendação baseada em evidências científicas, ou causem sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, entre outros desta natureza; violem sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva; dificultem, retardem ou impeçam seu acesso a direitos, sejam ações ou serviços de natureza pública ou privada; bem como visem obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei. Por fim, a cartilha exemplifica formas de violência obstétrica e indica as formas de denunciar (ESTADO DA BAHIA, 2018).

Em 2018, igualmente, foi publicada e distribuída pela Defensoria Pública do Paraná, cartilha sobre o tema Violência Obstétrica. O órgão considera violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital público ou privado, Unidades de Saúde ou consultórios médicos especializados em obstetrícia, que ofenda, de forma verbal ou física, mulher gestante, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério. O documento exemplifica formas de violência e indica as legislações estaduais e municipais acerca da temática existentes no Estado do Paraná. Além disso, orienta sobre as maneiras de denunciar e sobre o direito da gestante de exigir a cópia do prontuário médico junto à instituição de saúde onde foi atendida, independentemente se o serviço utilizado tenha sido público ou privado (ESTADO DO PARANÁ, 2018).

Além desses regulamentos, portarias e cartilhas, em alguns estados, leis estaduais e municipais estão sendo elaboradas para promover ações educativas em relação ao assunto Violência Obstétrica.

3.4 O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)

A partir do momento em que a gestante passa a realizar escolhas conscientes e assumir o protagonismo do seu parto e do seu corpo, começa a se desenharem um novo cenário na relação médico-paciente.

Enquanto a mulher tem o direito de participar ativamente das decisões no momento do nascimento do bebê e ser informada sobre as condutas a serem tomadas pela equipe de saúde, o médico possui a autonomia profissional para escolher práticas que sejam o mais benéficas para a paciente, buscando eliminar todas as possibilidades de risco à vida e à saúde.

A parturiente, ao exercer sua autonomia, visa estabelecer limites em relação a condutas que deseja ou não permitir que sejam realizadas. Contudo, o médico, por vezes, para exercer a medicina de forma segura, necessita realizar procedimentos invasivos de acordo com sua competência técnica e profissional.

Estabelece-se, a partir daí um conflito de autonomias: a autonomia da gestante versus a autonomia do profissional.

O Código de Ética Médica dispõe que o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O Capítulo II, que versa sobre os direitos dos médicos, prevê o direito de o profissional indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Por outro lado, em relação à autonomia do paciente, o Código de Ética Médica estabelece que é vedado ao médico: deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte; tratar o ser humano sem civilidade ou consideração; desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto; deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade; desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Há diversas questões em relação aos direitos das mulheres no momento do parto que suscitam debates e questionamentos.

No que diz respeito ao parto cesáreo, até o ano de 2016 era permitida sua realização a partir de 37 semanas de gestação. O Conselho Federal de Medicina editou a Resolução nº 2.144/2016, que permite a execução de cesariana somente a partir de 39 semanas, desde que a gestante realize tal opção, tendo como parâmetros balizadores os princípios da autonomia da vontade, da beneficência, da não maleficência e da Justiça, que se apresentam como pilares da Bioética (JÚNIOR, 2016).

Em relação ao tema violência obstétrica, o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal encaminhou um processo-consulta ao Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2018. O CFM emitiu um parecer se posicionando no sentido de que a expressão “violência obstétrica” representa uma agressão contra a medicina e a especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. A classe médica defende que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital (PROCESSO-CONSULTA CFM no 22/2018 – PARECER CFM no 32/2018).

A Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) publicou seu posicionamento em relação ao uso da expressão violência obstétrica através do documento “Recomendações FEBRASGO para temas controversos”, em novembro de 2018. Com o objetivo de qualificar a assistência ao parto e de garantir que o respeito seja a tônica da relação médico-paciente, a FEBRASGO salienta que: “a questão central para não promover ações violentas na assistência ao parto é o respeito a autonomia da mulher, assegurando também a beneficência e a não maleficência nesse processo” (FEBRASGO, 2018).

Isto posto, observa-se que na prática médica é preconizado que sejam respeitadas tanto a autonomia do paciente quanto a do profissional médico, objetivando o melhor resultado para o paciente. Dessa forma, o profissional deve ter sua autonomia respeitada para que exerça a profissão com liberdade através de condutas baseadas em evidências científicas. Por outro lado, a autonomia da paciente também deve ser resguardada, devendo ser considerada a sua vontade, nos casos que não sejam de urgência ou gerem risco de vida, assim como deve ser observado o seu direito à informação e o acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido.

4 Legislação e Violência Obstétrica

4.1 Lei do Acompanhante – Lei 11.108/2005

O momento do parto é um evento pertencente à família, aguardado e planejado durante um longo tempo. É fundamental, portanto, que a gestante não se encontre sozinha no período do trabalho de parto, desde a entrada na instituição de saúde até o momento do nascimento do bebê.

Com o intuito de garantir esse direito, desde 2005 está em vigor no Brasil a Lei 11.108 que garante às parturientes a presença de um acompanhante à sua escolha, independentemente do gênero, no momento do parto e nascimento.

A Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005), conhecida como Lei do Acompanhante, 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:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º. O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º. As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)

Conforme o estudo de Rodrigues et. al. (2017), muitas mulheres desconhecem a existência da Lei do Acompanhante e, conseqüentemente, seus direitos nas maternidades. O conhecimento da Lei 11.108 por parte das parturientes é de essencial importância na construção de um processo respeitoso, digno e de confiança (RODRIGUES et.al, 2017).

Infelizmente, em inúmeros trabalhos de parto, nas maternidades brasileiras, ocorre o desrespeito à aplicação dessa lei. As entidades de saúde oferecem as mais variadas desculpas para não garantir à gestante o direito ao acompanhante.

As escusas vão desde a falta de espaço físico, até mesmo dizer que o acompanhante pode desmaiar devido aos procedimentos cirúrgicos que serão realizados, passando pelo risco de infecção hospitalar e até mesmo a invasão de privacidade de outras parturientes que compartilham a mesma estrutura física (SANTOS, 2018).

A problemática da não aplicação dessa lei pelos serviços de saúde se encontra na inexistência de sanção para o descumprimento do dispositivo legal. Sendo assim, em muitos casos, por conveniência do hospital e da equipe de saúde, a gestante acaba por gerir seu bebê de forma isolada de sua família, enfrentando os mais variados sentimentos e, por conseguinte, aumentando a dor e o sofrimento no momento do parto.

Tal situação poderia, de certa forma, ser minimizada com a presença do acompanhante, que auxiliaria em uma analgesia natural, através do afeto e da transmissão de segurança à parturiente.

4.2 Código Penal – Lei 2.848/1940

No Código Penal Brasileiro há crimes e penas que são aplicáveis a casos de violência obstétrica. Esse tipo de violência, em suas diversas manifestações, pode ser levado à Justiça, conforme explica a advogada Ana Júlia Schlichting:

De forma geral, comportamentos ofensivos à honra, à integridade física e à liberdade individual da mulher parturiente podem, conforme o caso concreto, ser enquadradas como crime de injúria (artigo 140), lesão corporal (artigo 129) e até mesmo configurar constrangimento ilegal (artigo 146), todos previstos no Código Penal. Porém, no Brasil, ainda não temos norma específica em relação à violência obstétrica. Em que pese não haver recursos específicos em âmbito penal, é plenamente cabível a reparação dos danos sofridos pela mulher e pelo nascituro, tanto morais quanto materiais, na seara cível e até mesmo responsabilização administrativa, para profissionais da saúde ligados a funções públicas (MACEDO, 2013).

As condutas que importam em violência obstétrica, apesar de não haver tipificação em lei federal específica, podem se configurar como fatos típicos e antijurídicos já dispostos no Código Penal, como os crimes de homicídio, de lesão corporal, de omissão de socorro e crimes contra a honra (PAES, 2018).

Identificou-se um acórdão ilustrativo do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul da condenação pela prática do delito de homicídio culposo decorrente de conduta profissional exercida com negligência, imprudência e imperícia.

O caso em análise demonstra que o réu agiu com inobservância de regra técnica de profissão, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima.

EMENTA: APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO), PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO.

4.3 Legislações Estaduais, Municipais e Projetos de Lei Federal

Estados e municípios brasileiros, apesar de ainda não haver legislação federal específica sobre violência obstétrica, estão editando leis nas suas esferas legislativas em vista de incentivar as boas práticas nos estabelecimentos de saúde, nos âmbitos público e privado.

No Estado de Santa Catarina foi editada a Lei nº 17.097, em 17 de janeiro de 2017. O dispositivo legal dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (SANTA CATARINA, 2017).

O Art. 2º da lei define o termo violência obstétrica:

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

O Distrito Federal, em 7 de junho de 2018, aprovou a Lei nº 6.144, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e páridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018).

No Estado do Paraná, a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, dispõe sobre a violência obstétrica e sobre os direitos da gestante e da parturiente. A lei descreve situações que configuram violência obstétrica; elenca os direitos da gestante e da parturiente; e orienta sobre formas de realização de denúncias (PARANÁ, 2018).

O Estado de Pernambuco aprovou a Lei nº 16.499 em 6 de dezembro de 2018. Esse estatuto legal tem por objeto a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e a divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério (PERNAMBUCO, 2018).

O Estado de Minas Gerais promulgou a Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018, na qual há a previsão que o Estado assegurará às mulheres o direito de receber atendimento humanizado durante o pré-natal, o parto, o puerpério e as situações de abortamento, a fim de prevenir a violência na assistência obstétrica nas redes pública e privada de serviços de saúde. A lei define o termo violência na assistência obstétrica, elencando os direitos da gestante e da parturiente (MINAS GERAIS, 2018).

Os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro possuem Projetos de Lei em tramitação nas respectivas Assembleias Legislativas.

No Estado de São Paulo existem dois Projetos de Lei tramitando em apenso: PL 755/2013 e PL 1130/2017. O Projeto de Lei nº 755/2013, dispõe sobre a implantação de medidas de informação a gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Estado. Por sua vez, o Projeto de Lei de nº 1130/2017, dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal (SÃO PAULO, 2017; SÃO PAULO, 2018).

No Estado do Rio de Janeiro, tramita na Assembleia Legislativa o Projeto de Lei nº 3533/2017. A lei tem por objetivo a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (RIO DE JANEIRO, 2017).

No Rio Grande do Sul, de maneira inédita, a Câmara de Vereadores da Cidade de Pelotas aprovou, por unanimidade, o Projeto de Lei nº 4/2019, em 2 de abril de 2019. No entanto, a prefeita da cidade vetou o projeto sob a justificativa de o projeto ter sido mal recebido pela comunidade médica e ser “necessária a rediscussão do assunto, seja pelos aspectos polêmicos trazidos, seja pelo envolvimento de valores como a vida humana”. O PL 4/2019 classificava como violência o tratamento à gestante ou parturiente de forma “agressiva, não empática, grosseira, zombeteira ou qualquer outra forma que a faça se sentir humilhada, diminuída ou ofendida”. Também considerava agressão ironizar ou recriminar a mulher em razão de “obesidade, pelos, estrias, evacuação, entre outros” (FARINA, 2019).

Existem, em tramitação no Congresso Nacional, três projetos de lei federal que dispõem sobre o assunto violência obstétrica.

O Projeto de Lei nº 7633 de 2014 “dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato no ciclo gravídico e puerperal” (BRASIL, 2014b).

No mesmo sentido, o Projeto de Lei nº 7867 de 2017, “dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”. O projeto prevê a elaboração do plano de parto de forma obrigatória, conceitua a violência obstétrica como todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas (BRASIL, 2017a).

E, por fim, e na mesma direção, o Projeto de Lei nº 8219 de 2017 “dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto, ou logo após” (BRASIL, 2017b).

Diante disso, entende-se as leis e projetos de lei em tramitação como uma resposta do Poder Legislativo a uma demanda da sociedade em relação à efetivação dos direitos das mulheres.

5 **Considerações finais**

O presente trabalho teve por objetivo analisar os direitos das mulheres no período gravídico-puerperal, no contexto da institucionalização do parto no país, observando as violações de direitos garantidos a elas através de leis estaduais, municipais, projetos de lei, portarias e resoluções.

O trabalho buscou conceituar e indicar as formas de violência obstétrica.

Observou-se que se faz necessário que a população como um todo seja orientada sobre a temática. Nesse sentido, as Defensorias Públicas dos Estados vêm sendo extremamente eficazes, através da publicação de cartilhas e informativos.

Restou evidente que a informação é a melhor forma de prevenir novos casos de violência no sistema de saúde. Dessa forma, se torna possível a proteção e a efetivação dos direitos.

É importante que haja conhecimento, por parte das gestantes e dos familiares, sobre as leis, como a Lei do Acompanhante, para que se possa prevenir a violação das garantias e todos estejam atentos para o cumprimento de boas práticas em obstetrícia.

O Brasil carece de uma legislação federal que regulamente os casos de violência no parto, visto que existem três projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional.

No entanto, é possível afirmar, através da revisão de literatura realizada, que já se avançou muito em relação aos direitos das parturientes, que muitas cidades e estados estão se empenhando para legislar a respeito do assunto violência obstétrica, mas que ainda há muitas políticas públicas a serem desenvolvidas e alguma resistência em dar visibilidade ao assunto por parte de alguns setores da sociedade.

Verificou-se, portanto, que o tema é ainda extremamente controverso. No ano de 2019, o Ministério da Saúde decidiu abolir o termo “violência obstétrica” e afirmou em um despacho publicado em 3 de maio de 2019 que estratégias têm sido fortalecidas para que a expressão pare de ser usada pelo órgão. O novo posicionamento ocorreu, conforme o referido despacho, pois acredita-se que, no atendimento à mulher, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intenção de produzir dano. O Ministério da Saúde entende que a expressão violência obstétrica não agrega valor, tem conotação inadequada e prejudica a busca do cuidado humanizado (BRASIL, 2019).

A Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Sul, através da Comissão da Mulher Advogada, publicou nota de repúdio à orientação do Ministério da Saúde, demonstrando preocupação com o constante desrespeito com a mulher brasileira. A OAB/RS considera a medida contrária aos esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem o foco na redução da mortalidade materna, sendo muitos casos decorrentes da violência obstétrica. No entendimento da Ordem dos Advogados do Brasil, o novo posicionamento do Ministério da Saúde atinge com gravidade os direitos fundamentais das mulheres, as políticas públicas de identificação, prevenção e erradicação da violência contra a mulher e o interesse público, representando importante retrocesso na assistência ao parto (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2019).

No mesmo sentido, o Ministério Público Federal divulgou seu posicionamento a respeito do despacho do Ministério da Saúde. No documento, o Ministério Público Federal recomenda que o Ministério da Saúde adote ações afirmativas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde no sentido de coibir a ocorrência de violência física, verbal e maus tratos durante o parto, independentemente da intencionalidade do profissional em causar dano (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019).

Isto posto, conclui-se que a discussão a respeito do assunto ainda está em fase inicial e muito ainda há que se debater. Esse fato evidencia a necessidade de que mais estudos sejam realizados sobre a matéria e que o assunto seja mais discutido entre o poder público e a sociedade civil, através de audiências públicas e outros mecanismos de interação com os cidadãos.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado – fase 1*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, Hospital Albert Einstein Institute For Healthcare Improvement. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.

ARGENTINA. *Lei 26.485, de 01 de abril de 2009*. Ley de proteccion integral a las mujeres. Argentina, 2009. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

ÁVILA, L. *Parto: Outro Lado Invisível do Nascer: Como a violência obstétrica afeta 1 em cada 4 mulheres no Brasil*. 2016. Disponível em: <https://issuu.com/tccs.jornalismo.ufms/docs/livro-reportagem_parto_let_cia_v>. Acesso em: 16 jan. 2019.

BELLI, M.; CRUZ, P.; LEÃO, V. *Os números da violência obstétrica*. 2014. Disponível em: <<https://aviolenciaobstetrica.wordpress.com/dados-estatisticos-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 maio 2019.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 11.108, de 07 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 27 fev. 2019.

BRASIL. *Despacho, de 03 de maio de 2019*. SEI/MS-9087621. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706-d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. *Humanização do parto e do nascimento*. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

BRASIL. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. *Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009*. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 26 maio 2019.

BRASIL. *Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000*. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 26 maio 2019.

BRASIL. *Projeto de Lei nº 7633, de 27 de maio de 2014*. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2014b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785>. Acesso em: 26 maio 2019.

BRASIL. *Projeto de Lei nº 7867, de 13 de junho de 2017*. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2017a. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>>. Acesso em: 26 maio 2019.

BRASIL. *Projeto de Lei nº 8219, de 09 de agosto de 2017*. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2017b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=4ADB73DA542F580124833C8318C04384.pr oposicoesWebExterno2?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017>. Acesso em: 26 maio 2019.

BRASIL. *Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008*. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 26 maio 2019.

BRASIL. *Resolução Normativa nº 368, de 06 de janeiro de 2015*. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Cadernos de Atenção Básica, n. 26, 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

CARTA DE CAMPINAS. *Ato de fundação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento – REHUNA*. Campinas, 1993. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/14-quem-somos/63-historia>>. Acesso em: 26 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 29 jan 2019.

DIAS, Maria Berenice. *Manual de direito das famílias*. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2005.

DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saúde Reprod.*, v.1, n.1, p.80-91, 2006. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4507823/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9C9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9C9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.

DISTRITO FEDERAL. *Lei Distrital nº 6144, de 07 de junho de 2018*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e párias sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Distrito Federal, DF: Governo do Distrito Federal, 2018. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Download/sinj_norma/29254d42-241a-3799-b7de-70cf526f27a0/Lei_6144.html>. Acesso em: 26 maio 2019.

ESTADO DA BAHIA. *Conversando sobre Violência Obstétrica: identifique e denuncie*. Bahia: Defensoria Pública do Estado da Bahia, 2018. Disponível em: <<http://defensoria.ba.def.br/wp-content/uploads/2018/08/violenciaobstetrica-site.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2019.

ESTADO DE SÃO PAULO. *Violência Obstétrica você sabe o que é?* São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL. *Violência Obstétrica: Gestaçã e Parto*. Mato Grosso do Sul: Defensoria Pública do Mato Grosso do Sul, 2017. Disponível em: <<http://www.defensoria.ms.def.br/images/cartilhas-folders-icons/Folder%20Viol%C3%Aancia%20Obst%C3%A9trica%202016.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2019.

ESTADO DO PARANÁ. *Violência Obstétrica*. Paraná: Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2018. Disponível em: <http://www.edepar.pr.def.br/arquivos/File/Cartilha/Cartilha_sobre_violencia_obstetrica.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

FARINA, E. Prefeita de Pelotas veta projeto de lei contra violência obstétrica que causou polêmica entre comunidade médica. *GaúchazH*. Porto Alegre, 26 abr. 2019. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/04/prefeita-de-pelotas-veta-projeto-de-lei-contra-violencia-obstetrica-que-causou-polemica-entre-comunidade-medica-cjuy9yio1jl01ron9xt4ge6.html>>. Acesso em 26 maio 2019.

FEBRASGO. *Recomendações Febrasgo para temas controversos*. 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/694-recomendacoes-febrasgo-para-temas-controversos>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

JÚNIOR, Q. O. E. *Direito da gestante: cesariana ou parto normal*, 26 jun 2016. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI241335,51045-Direito+da+gestante+cesariana+ou+parto+normal>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

LEAL, M. do C. et al. *Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Resultados preliminares. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portaal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

MACEDO, T. S. B. *COM DOR DARÁS À LUZ: Retrato da violência obstétrica no Brasil*, 2013. E-book. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/43475/Com-dor-daras-a-luz.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 jan. 2019

MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade. (Coord.). *Curso de Direito da Criança e do Adolescente: aspectos teóricos e práticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumens Iuris, 2010.

MINAS GERAIS. *Lei Estadual nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018*. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Minas Gerais, 2018. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?ano=2018&num=23175&tipo=LEI>>. Acesso em: 26 maio 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Recomendação nº 29 de 2019*. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher*. Rio de Janeiro: Centro de Informação das Nações Unidas, 1994. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

NAÇÕES UNIDAS. *Objetivos de desenvolvimento sustentável: transformando nosso mundo a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. *OAB/RS repudia despacho do Ministério da Saúde que elimina o termo violência obstétrica*. Ordem dos Advogados do Brasil. Seccional Rio Grande do Sul. Mulher Advogada. 2019. Disponível em: <<https://www.oabrs.org.br/noticias/oabrs-repudia-despacho-ministerio-saude-que-elimina-termo-violencia-obstetrica/29926>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

PAES, F. D. R. *Violência obstétrica, políticas públicas e a legislação brasileira*. 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-out-08/mp-debate-violencia-obstetrica-politicas-publicas-legislacao-brasilera#author>>. Acesso em: 26 maio 2019.

PARANÁ. *Lei Estadual nº 19.701, de 20 de novembro de 2018*. 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. Paraná: Governo do Estado do Paraná, 2018. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>>. Acesso em: 26 maio 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. *Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa – Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres*. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. *Episiotomia “é só um cortezinho”: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*. 1. ed. São Paulo. Parto do Princípio. Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo. 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/contro-versias/Episiotomia.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

PEREIRA, Tânia da Silva. *Direito da Criança e do Adolescente: uma proposta interdisciplinar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

PERNAMBUCO. *Lei Estadual nº 16.499, de 06 de dezembro de 2018*. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Pernambuco: Governo do Estado de Pernambuco, 2018. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=370732>>. Acesso em: 26 maio 2019.

POLGLIANI, R. B.S.; NETO, E.T.S.; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. v. 36, n. 6, p. 269-275, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00269.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

RIO DE JANEIRO. *Projeto de Lei nº 3533, de 16 de outubro de 2017*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa. 2017. Disponível em: <<http://alerjrn1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/1061f759d97a6b24832566ec0018d832/92b3dc1259d0ea05832581bc005e8431?OpenDocument>>. Acesso em: 26 maio 2019.

ROCHA, et al. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 880-888, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n4/a20v43n4.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2019.

RODRIGUES, D. P. et. al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto contexto – enferm.*, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e5570015.pdf>>. Acesso em 26 maio 2019.

RODRIGUES, D. P., ALVES V. H., VIEIRA, R. S. et al. A violência obstétrica no contexto do parto. *Rev enferm UFPE online*, Recife, v.12, n. 1, p. 236-46, jan., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>>. Acesso em: 10 mar. 2019

SANTA CATARINA. *Lei Estadual nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Santa Catarina: Governo do Estado de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 26 maio 2019.

SANTOS NETO, E.T., et. al.. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.28, n. 9, p. 1650-62, 2012.

SANTOS, M. B. B. Violência Obstétrica: a violação aos direitos da parturiente e a desumanização do parto. *Revista de Direito UNIFACEX*, v.7, n.1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/direito/article/view/869/285>>. Acesso em: 26 maio 2019.

SÃO PAULO. *Projeto de Lei nº 1130, de 13 de dezembro de 2017*. Dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2017. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000196412>>. Acesso em: 26 maio 2019.

SÃO PAULO. *Projeto de Lei nº 755, de 18 de outubro de 2018*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, à proteção destas contra a violência obstétrica no Estado. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2018. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1163768>>. Acesso em: 26 maio 2019.

SILVA, D.M.; SERRA, M.C.M. Violência Obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*, v. 3, p. 42-65, 2017. Disponível em: <<http://indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/download/2586/pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2019.

SOUZA, M.C. et al. *A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha*. Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 77, jun 2010. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SOUZA, V. *Nova resolução da ANS retoma a política pública de proteção à mulher na saúde*. 2015. Disponível em: <<https://m.migalhas.com.br/depeso/214633/nova-resolucao-da-ans-retoma-a-politica-publica-de-protacao-a-mulher>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

UNICEF. *Unicef alerta para elevado número de cesarianas no Brasil*. 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/media_35978.html>. Acesso em: 31 jan. 2019.

VASCONCELOS, K.L., et al. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. *Rev. Enferm UFPE online*. Recife v. 7, n. 2, p. 619-624, fev., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13685/16587>>. Acesso em 28 fev. 2019.

VENEZUELA. *Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007*. Lei Orgânica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas, 2007. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R.; ALBA, D.; ROSAS, W.; FIGUEIREDO, N. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019.

ZANARDO, G. L. P., CALDERÓM, M., NADAL, A.H.R, HABIGZANG, L.F. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 29, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.