

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA VIOLÊNCIA MÉDICA E DE GÊNERO

Flávia Benício de Toledo¹

Luciana Ferreira Fonseca Janolio²

RESUMO

O presente trabalho busca fazer uma análise sobre a violência obstétrica no Brasil como uma prática violadora dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988. Para tal, apresenta o direito à saúde, trazendo seus aspectos históricos de forma breve e o embasamento para a garantia desse direito em âmbito constitucional. São expostas, ainda, as práticas intituladas de violência obstétrica, a título exemplificativo, bem como as formas que elas violam os direitos fundamentais e humanos da mulher como vítima de tais delitos. Por fim, é realizada uma análise das legislações dentro da América Latina a fim de culpabilizar o autor dessas práticas pelos danos causados à mulher e anteriormente explicados, concluindo então com a responsabilidade penal médica focada no rol probatório, em especial na palavra da vítima e suas dificuldades. Para tal visa as possibilidades de responsabilização penal como sanção para quem as pratica dentro do ordenamento jurídico brasileiro.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um fenômeno cujo termo somente se tornou conhecido em 2007, quando o presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Perez D'Gregorio, o abordou pela primeira vez em um editorial de jornal acadêmico. Desde então, sua força vem crescendo.

Em síntese, entende-se por violência obstétrica, segundo a Rede Parto do Princípio (2012), atos realizados pelos profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais de instituições públicas ou privadas e civis contra a saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Flávia Benício de Toledo¹ – Pós Graduada em Direito Público pela UNESA – e-mail flaviatoledo.assessoriajuridica@gmail.com

Luciana Ferreira Fonseca Janolio² – Pós Graduada em Direito Empresarial pela FGV – e-mail lucijanolio97@gmail.com



Ainda a partir da Rede Parto do Princípio, a violência, ainda que o nome remeta à violência física, não se limita a esta. O assunto carrega 3 categorias importantes de violações, quais sejam: física, psicológica e sexual. Tais práticas violam os direitos constitucionais do ser humano à saúde e à garantia de sua dignidade, previstos nos artigos 6º, 196 e 1º da Constituição Federal, respectivamente, que, por serem direitos fundamentais, são existentes em si mesmo.

O direito à saúde, em seu sentido amplo, como deve ser lido, segundo a Organização Mundial de Saúde (2016), pelo conjunto do bem-estar físico, mental e social do ser humano, ocorreu de forma tardia para as mulheres da nossa sociedade. A maior atenção à saúde feminina surgiu a partir da década de 1970 e os dados do Ministério da Saúde demonstram que essa atenção era muito voltada para saúde somente no período de gestação, reforçando o estigma social da mulher existente somente na função de mãe.

O objetivo do presente trabalho é realizar uma análise sob a ótica do Direito no que tange à violação da dignidade da mulher e de seus direitos constitucionalmente previstos através da violência de gênero.

METODOLOGIA

O presente trabalho faz uso dos métodos dedutivo e comparativo. Analisando o estudo de caso dentro da legislação brasileira vigente, tais como o Código Penal e a Constituição Federal, e de casos particulares de relatos de vítimas, a fim de se questionar a violação dos direitos das mulheres e a punibilidade dos agentes, trazendo, ainda, breves comparações de legislações de países da América Latina a respeito do assunto.

Desta forma, far-se-á o uso de materiais bibliográficos, legislações penais nacionais e internacionais pertinentes ao tema, principalmente de países que tem realidades sociais mais próximas do Brasil. Deste mesmo modo, serão utilizados artigos científicos e importantes doutrinas do curso de Direito Processual Penal e dos Direitos Fundamentais Constitucionais, bem como jurisprudências.

RESULTADOS OBTIDOS



Por definição, violência obstétrica pode ser considerada todo e qualquer ato exercido por quaisquer profissionais da área de saúde, e não somente médicos obstetras, relativos ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, expressos através de uma atenção desumanizada, de abuso de ações intervencionistas, medicalização e da transformação patológica dos processos fisiológicos do parto (ANDRADE, 2014, p.1 apud ANA CRISTINE RODBARD, 2015, p.13).

Segundo a Fundação Perseu Abramo e o SESC (2010), através de uma pesquisa realizada em 2010, foi possível obter a estatística de que 25% das mulheres brasileiras sofreram alguma espécie de violência no período de gestação. Trata-se de um índice muito elevado, mas que também encontra barreiras na dificuldade de definição do tema, na lacuna legislativa, na baixa veiculação do tema para a população, bem como na atenção tardia à saúde feminina e, conseqüentemente, na legitimação da submissão do gênero feminino como meramente procriadora e mãe.

Neste sentido, em entrevista concedida à FIOCRUZ, a pesquisadora Teresa Ortiz Gómez (2016, n.p) destaca que o Brasil teve uma maior incidência nas pesquisas de saúde feminina nos anos de 1970 atrelada ao crescimento do feminismo. Dentro deste período, um grande marco foi o 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, que ocorreu em 1984 e do qual resultou a Carta de Itapeperica, que documentou as reivindicações de mais de 70 grupos de mulheres, conforme Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde.

Inspirado no referido Encontro Nacional de Saúde da Mulher, em 1984 o Ministério da Saúde investiu no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), nos termos do então Ministro da Saúde Humberto Costa (2004),

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. (COSTA, 2004, p.15)

Desta forma, esses programas não tratavam das mulheres analisando cada caso particular, mas com uma ideia geral de que, por serem voltadas para a reprodução e

XIX Encontro de História da Anpuh-Rio
História do Futuro:
Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica

21-25 | Setembro | 2020



cuidados com os filhos, apenas eram bem tratadas quando gestantes no período gravídico- puerperal, reforçando então o estigma da mulher como mãe. Neste sentido, tratou Swain apud Cláudia Cadorin Leandro (2018, p. 19)

Por conta de costumes sociais, ou seja, da cultura vivida por um povo, a sociedade acredita que o destino de uma verdadeira mulher é cumprido quando suas funções biológicas são executadas, ou seja, a mulher torna-se mãe, obedecendo à sua função biológica e marcando as mulheres e o feminismo em um sistema hierárquico que as torna subordinadas aos homens. Quando se trata de corpo e sexo, automaticamente associamos a homens e mulheres reproduzindo, por ser considerado o natural. Ocorre que se trata de uma relação de poder, ou seja, as mulheres se submetem a um tratamento desigual visto que, socialmente falando, o sexo da mulher existe para satisfazer os anseios e as carências do homem e cumprir uma função social reprodutiva. É dessa forma que a autora afirma que se constitui a figura da verdadeira mulher “cuja função materna desenha os contornos e as funções sociais de um corpo sexuado” (SWAIN apud LEANDRO, 2018, p. 19)

Por essa razão é que os grupos feministas se uniram para, aos poucos, trazerem ao discurso político suas reivindicações, as quais tratavam, principalmente, de atendimento em todas as fases da vida feminina e em todos os âmbitos que o termo saúde, em seu sentido amplo, possa trazer. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, então, passou a criar e desenvolver políticas públicas para defesa e estímulo de desenvolvimento da saúde das mulheres.

A partir do movimento, surgem as propostas de que a qualidade do serviço seja identificada a partir da incorporação de elementos que favoreçam a assistência à saúde integral e elevem o poder das mulheres sobre suas vidas, exigindo, portanto, o manejo de questões psicológicas e sociais (CFSS, 1996 apud Diniz, 1999, p.380).

Ainda se tratando do PAISM é importante destacar que sua estrutura foi o que desenvolveu no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo incorporado como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (COSTA, 2004, p.16).

XIX Encontro de História da Anpuh-Rio
História do Futuro:
Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica

21-25 Setembro 2020



Junto ao PAISM surgiram, a partir das Secretarias Estaduais de Saúde, as ações básicas de assistência integral à saúde da mulher que englobam o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis e a assistência ao parto e puerpério.

Posteriormente, foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade. Nesse período, várias experiências alternativas foram feitas em saúde: capacitação de profissionais, novas práticas educativas em saúde da mulher, bem como outras formas alternativas de atendimento (SEPÚLVEDA, 2001, apud JOSELITO SANTOS, 2005, n.p.).

Em 1994, na cidade de Cairo, ocorreu a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), onde as perspectivas de saúde e de qualidade foram debatidas, chegando ao consenso de que o serviço de saúde deveria se adaptar às novas demandas.

Durante a CIPD foram então trazidas à tona as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e pela criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991, apud COSTA, 2004, p.15). Destaque-se ainda ter sido levantado por grupos feministas que essas desigualdades se traduziam em diferentes problemas de saúde.

Nos termos do Ministério da Saúde (2005, p. 7) apud Ana Cristine Rodbard, em monografia da graduação de Direito (2015, p. 22), “a CIPD provocou transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos”.

Reafirmando os direitos debatidos em Cairo, em 1995 o Brasil participou de uma nova conferência acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher, trazendo maior consolidação ao direito à saúde e visando principalmente igualar os direitos dos homens e das mulheres.

Atualmente, para desenvolvimento da saúde feminina, o SUS traz uma gama de tratamentos que, levando em consideração suas possibilidades, estabelecem normas para os municípios para a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Para garantir o acesso às

XIX Encontro de História da Anpuh-Rio
História do Futuro:
Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica

21-25 | Setembro | 2020



ações de maior complexidade, o SUS prevê a chamada conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003 apud COSTA, 2004, p.18).

Ainda com todas as reivindicações realizadas, tem-se em balanço realizado por Correa e Piola entre 1998 e 2002, cujo resultado demonstra que nesse período a prioridade ainda permanecia na saúde reprodutiva e, ainda assim, trouxe dificuldades de análise da saúde integral da mulher, dificultando a imagem dos outros pontos estratégicos daquilo que estava em pauta. (CORREA; PIOLA, 2002 apud COSTA, 2004, p. 18).

Os autores Correa e Piola (2002) destacam, ainda, que foram deixados de lado assuntos importantes como violência sexual, menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, entre outras.

Posteriormente, em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), garantindo as ações em saúde da mulher, nos seus direitos e com foco e atenção maiores na área obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

A referida política durou até 2007 e durante o período de vigência teve suas diretrizes amplamente discutidas com os movimentos das mulheres, o negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nos termos de Ana Karina Bezerra Pinheiro et al. (2009, n.p),

Esta foi uma iniciativa importante do Governo e que se baseia nos princípios da promoção, respeitando a autonomia dos sujeitos em questão e tornando-os coautores de um processo decisório relevante para a categoria. Também demonstra a preocupação em adotar políticas consoantes às necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o que não aconteceu na gênese das políticas anteriores. (PINHEIRO, et al., 2009, n.p)

XIX Encontro de História da Anpuh-Rio
História do Futuro:
Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica

21-25 | Setembro | 2020



Destaque-se que a PNAISM foi realizada com foco nas lacunas deixadas pelos programas e ações anteriores, trazendo uma maior humanização às pesquisas de saúde feminina, rompendo com o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde. De acordo com Pinheiro et al (2009, n.p.), esta política adota o conceito de saúde integral propondo atender à mulher em todas as suas etapas de vida, englobando inclusive segmentos que estavam, até então, à margem dos serviços de saúde.

A PNAISM foi formulada tendo por base a avaliação das políticas anteriores e, a partir de então, buscou preencher as lacunas deixadas, como climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infectocontagiosas, bem como buscou reforçar a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.

Embora tenham sido observados avanços em relação à implementação dessas políticas, percebe-se ainda a exclusão de certos segmentos da sociedade, tendo em vista, que grupos como o das prostitutas, que representa uma população extremamente vulnerável a vários agravos, como: doenças sexualmente transmissíveis, violência sexual e a própria marginalização da sociedade, continuam alijados das propostas de atenção à saúde.

A PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, concebendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contra referência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços.

A mulher, a partir de então, é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades aumentando a qualidade da assistência. (PINHEIRO, et al., 2009, n.p)



Devido às críticas positivas referentes à PNAISM, em 2011 o Ministério da Saúde lançou o segundo documento novamente organizado junto aos setores da sociedade e que trouxe garantias de direitos à saúde feminina, melhora na qualidade de vida, ampliação dos acessos à recuperação, prevenção e promoção da saúde feminina, redução na morbidade e mortalidade, principalmente por causas evitáveis e ampliar e humanizar o acesso e o atendimento ao Sistema Único de Saúde.

No que tange à saúde no parto, especialmente no Brasil, a preocupação maior se justifica no fato de ser o país que lidera o ranking mundial de cesáreas. Em 2012, o alarmante número de 55,61% dos nascimentos se darem pela via cirúrgica e representou um aumento de 46,56% entre os anos de 2007 e 2011. (DATASUS apud Julia Campos Leite, 2016, p.17)

Esses dados, divulgados pelo Ministério da Saúde (2015), mostram que os números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente (ANA HERTZOG RAMOS DE NADAL et al., 2017, p. 2). Destaque-se que para se adequar ao recomendável pela OMS, este número necessita ser reduzido para, pelo menos, 15%.

Carrega-se então a medicalização e a hospitalização do parto, trazidos do final do século XIX, utilizando a medicalização como regra, bem como o risco, tirando da mulher o protagonismo e passando este a ser um evento do médico, conforme entendimento de Pasche et al., (2010); Sanfelice et al., (2014); Wolff & Waldow, (2008) apud Nadal et al (2017, p.3).

Esse processo foi acelerado no século seguinte, quando se atingiram cerca de 90% dos partos hospitalizados (RATTNER, 2009 apud NADAL et al., 2017, p. 3). Deste modo, com o intuito de aumentar a qualidade da assistência, tem-se medicalizado o parto com a utilização em larga escala de procedimentos considerados inadequados e desnecessários, que muitas vezes podem colocar em risco a saúde e a vida da mãe e do bebê, sem avaliação adequada da sua segurança e sem base em evidências (DINIZ & CHACHAM, 2006 apud NADAL et al., 2017, p. 3). Ratificando-se então o modelo médico de atenção hegemônico que exerce controle dos conhecimentos do corpo humano e da sexualidade, nesse caso da mulher (AGUIAR, 2010; GARCÍA, DIAZ, & ACOSTA, 2013 apud NADAL et al., 2017, p.3).



No final do século XX, surge o movimento da Medicina Baseada em Evidências, que busca basear os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos (DINIZ & CHACHAM, 2006; RATTNER, 2009, apud NADAL et al., 2017, p.3).

Segundo declarado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996 apud NADAL et al., 2017, p. 3),

o parto seria um evento natural e o nascimento por via vaginal é o melhor modelo quando levado em conta a saúde materna e do bebê, sendo a intervenção mínima considerada o paradigma a ser seguido na assistência (ANDRADE & LIMA, 2014; DINIZ & CHACHAM, 2006 apud NADAL et al., 2017).

Deste modo, situações que possam levar a complicações de saúde para mãe ou a criança são exceções à regra.

No Brasil, intensas marchas recentes na luta pela quebra do paradigma patológico e hospitalar, tendo em vista, termos a marca de, segundo pesquisa realizada pelo Inquérito Nacional sobre Parto da FIOCRUZ – Nascer, no Brasil, entre os anos de 2011 e 2012, da amostra total de 23.940 mulheres, 56,8% foram consideradas como casos de risco obstétrico habitual, ou seja, em condições de um parto realizado sem intervenção cirúrgica. Dentre essas mulheres, 45,5% realizaram cesárea e 54,5% tiveram parto vaginal, dentro dessas últimas, porém, apenas 5,6% não tiveram nenhum tipo de intervenção.

Em prol dessa luta, foi idealizada a Marcha do Parto em Casa (MPC), como réplica ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) que visava denunciar ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo um professor de Obstetrícia que fez comentários sobre evidências científicas que corroborariam a escolha de um parto domiciliar (BRASIL, 2014 apud LEITE, 2016, p. 24).

Em relação contrária ao apelo populacional, o CREMERJ publicou duas resoluções: a Resolução n. 265/2012, que visava proibir profissionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro de assistirem partos domiciliares e de atuarem como referência para equipes que os realizassem, e a Resolução nº 266, que proibia pessoas dirigentes de estabelecimentos de saúde de permitir o trabalho de certas profissionais, como



obstetizas, doulas e parteiras no respectivo estabelecimento, fortalecendo a visão do parto como ato médico (BRASIL, 2014 apud LEITE, 2016, p.25).

Júlia Campos Leite (2016, p. 25) acrescenta ainda que, em reação às Resoluções apresentadas, houve nova mobilização, dessa vez judicial, por parte do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN/RJ) que procurou o Judiciário contra as resoluções do CREMERJ.

Em consonância ao andamento processual, foi feita uma petição na internet, dirigida ao Ministério da Saúde, ao Conselho Federal de Medicina, ao Ministério Público Federal, ao Conselho Nacional de Direitos da Mulher, ao Ministério Público do Rio de Janeiro e à Defensoria Pública do mesmo estado, solicitando a revogação das resoluções mencionadas.

Como efeito ao movimento, o então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, se posicionou em prol de políticas públicas que permitam que parteiras e doulas estejam aptas a atuar no parto e não apenas médicos.

A mídia escrita, televisiva e falada deu ampla cobertura ao movimento. O episódio acabou provocando manifestações inclusive de outras entidades médicas, a exemplo da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), do Conselho Federal de Medicina, dos Conselhos Regionais de Medicina da Bahia e de Pernambuco, mostrando que há divergências na categoria médica a respeito do parto domiciliar e do trabalho em equipe na atenção ao parto. O Conselho Nacional de Saúde, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde (Cebes) se posicionaram contrariamente às resoluções (BRASIL, 2014, p. 126-127 apud LEITE, 2016, p. 25).

O Brasil atualmente cresce no sentido da humanização dos partos, nos termos de Diniz (2005) apud Leite (2016, p. 26), trata-se da ideia de que

a técnica do parto é política, e que inscritos nos procedimentos de rotina — na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo — estão “encarnadas” as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. Assim, a mudança técnica busca inverter a lógica que avalia o

parto vaginal como primitivo e arcaico. Propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o “moderno”, enquanto a intervenção tecnológica acrítica e sem base na evidência é o que se busca superar (DINIZ, 2005, apud LEITE, 2016, p. 26).

Deste modo, a humanização do parto trata-se de alterações práticas no processo propostas por aqueles agentes que o vivenciam, trazendo mudanças reais ao cotidiano e maior participação com diálogo com a parturiente e, principalmente, trazendo a mulher como protagonista do próprio parto. Destaque-se que tais mudanças são lentas e o Brasil está caminhando para esse tipo de desenvolvimento, o que ocorrerá a passos lentos, tendo em vista principalmente a resistência sofrida.

Neste mesmo sentido, defende Mariana Jensen:

Uma outra maneira de explicar violência obstétrica é a colocar como os casos que caem nos espectros de atendimentos que acontecem cedo demais, com intervenções demais ou tarde demais, com intervenções de menos. O primeiro caso seria o da transformação de processos naturais em patológicos e, por conta disso, tratar a mulher com intervenções desnecessárias trazendo malefícios para a mãe e para o bebê. O segundo caso seria o caso da negligência ou impossibilidade de prover mãe e bebê com o atendimento necessário para garantir a sua saúde. (JENSEN, Mariana, 2019)

A mesma posição é defendida por participantes da Associação de Obstetras que não só prezam pelo protagonismo da mulher, mas também que, ela possa participar de todos e quaisquer atos decisórios que afetem ao seu corpo e a do nascituro, garantindo-lhe, então, o direito à informação para que possa optar e responsabilizar-se pelas suas escolhas. (VIEIRA apud SUDRÉ, Lu, 2019)

Conforme anteriormente mencionado, a violência então é capaz de se demonstrar de diversas maneiras: física, psicológica e sexualmente.

No que tange à forma física, o dossiê da Rede Parto do Princípio (2012, p.60) indica que os procedimentos e práticas mais comuns são a privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, uso de fórceps (instrumento cirúrgico, semelhante a uma pinça, utilizado para retirada do bebê), tricotomia (raspagem de pelos), manobra

de Kristeller (momento em que o enfermeiro ou o médico se colocam sobre a barriga da mulher com braços, cotovelos e joelhos pressionando-os para acelerar o processo de saída do bebê), uso rotineiro de ocitocina (uso de hormônio para acelerar as contrações), cesariana eletiva sem indicação clínica e não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Em seguida, as práticas que afetam o psicológico das mulheres podem ser elencadas como todas as ações verbais ou comportamentais que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. (Parto do Princípio, 2012, p.60)

Por fim, ainda de acordo com Parto do Princípio (2012, p.60), os procedimentos que configuram como violência sexual são a episiotomia (corte da musculatura perineal da vagina até o ânus ou em direção à perna, com o intuito de aumentar a área de acesso do obstetra ao canal vaginal), o ponto do marido (trata-se do ato da sutura, costura-se um pouco a mais da região aberta pela episiotomia tornando assim a vagina mais fechada e garantindo o maior prazer masculino nas relações sexuais), o assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, a lavagem intestinal, a cesariana sem consentimento informado, a ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, a imposição da posição supina para dar à luz, os exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento, entre outros.

É importante destacar que as práticas ora citadas não constituem um tipo penal específico, ainda que violem o direito à saúde da mulher que é previsto constitucionalmente e, conforme a Organização Mundial de Saúde, deve ser entendido como a harmonia do bem-estar físico, mental e social.

A saúde não pode ser considerada somente a ausência de patologias, mas como um conjunto de fatores relacionados ao ambiente no qual o indivíduo está inserido, levando em consideração suas condições socioeconômicas, de orientação e educação populacional, deste modo, não se tratando somente de medicina curativa (ANA PAULA PRADO, 2012, p.13).

Nesse sentido, Zouein (ZOEIN, Luís Henrique Linhares, 2019) dispõe que a violência obstétrica não atinge vítimas de uma classe social específica, mas destaca que

as mulheres negras e pobres constam no topo das estatísticas, confirmando as dificuldades da saúde decorrente de características socioeconômicas.

A violência obstétrica, portanto, trata-se da violação de um direito fundamental, que é a saúde. Nos termos do artigo 6º da CRFB/88, o direito da saúde é um direito social, e, nos termos do artigo 196 também da CRFB/88, deve ser garantido a todos de forma universal e igualitária o direito a uma vida com qualidade e dignidade e que deve ser respeitado. A saúde então seria considerada como a base desse direito fundamental social e fortemente ligada à dignidade da pessoa humana. (CURY, 2005, p. XVII, apud CAROLINE CAMARGO, 2014, n.p.)

Dentro da proteção constitucional aos direitos fundamentais, a Constituição Federal garantiu, em seu artigo 1, inciso III, como fundamento da sua República, a dignidade da pessoa humana, sendo, então, direito básico inerente à existência do ser humano. Dessa maneira, a saúde caminha ao lado deste direito, bem como do direito à vida, sendo este último o bem maior protegido pelo nosso ordenamento, e o primeiro, a melhor forma de tutelar sua garantia.

Ainda nesse sentido, a CRFB/88 veda a possibilidade de qualquer forma de tratamento cruel ou degradante, com intuito de proteção da integridade física e moral, prevista na Convenção Americana dos Direitos Humanos.

No Brasil, não há tipificação penal específica para a violência obstétrica, diferente de países como Argentina (Leis nº 25.929/04 e 26.485/09) e Venezuela (Lei n.º38668/07). Existem no Brasil 3 projetos de leis com esse objetivo, trazendo regras para tratamento de mães e recém nascidos, maneiras de divulgação para a população de como devem ser tratadas e, por fim, a responsabilização dos agentes. Contudo, os projetos de lei que ora estão apensados, permanecem sem prosseguimento na Câmara dos Deputados (PL n.º 7633/2014, 7867/2017 e 8219/2017).

Entretanto, apesar da mora legislativa federal, alguns Estados e Municípios realizaram suas próprias leis. É o caso do Estado de São Paulo (Lei n.º 15.759/2015), que surge na garantia e na defesa do parto humanizado.

Artigo 3º - São princípios do parto humanizado ou da assistência humanizada durante o parto:

- I - a harmonização entre segurança e bem-estar da gestante ou parturiente, assim como do nascituro;
- II - a mínima interferência por parte do médico;
- III - a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais;
- IV - a oportunidade de escolha dos métodos natais por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro;
- V - o fornecimento de informação à gestante ou parturiente, assim como ao pai sempre que possível, dos métodos e procedimentos eletivos.

A Lei ainda dispõe sobre as práticas vedadas:

Artigo 13 - Será objeto de justificção por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta lei classifiquem como:

- I - desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro;
- II - de eficácia carente de evidência científica;
- III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

§ 1º - A justificção de que trata este artigo será averbada ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou ao seu cônjuge, companheiro ou parente.

§ 2º - Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitas à justificção de que trata este artigo:

- 1 - a administração de enemas;
- 2 - a administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto;
- 3 - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo;
- 4 - a amniotomia;
- 5 - a episiotomia, quando indicado

Nesta mesma linha, o Estado do Paraná adotou as Leis de n.º 19701/2018 e 20127/2020, tendo esta última surgido com o objetivo de atualizar e modificar alguns

aspectos da primeira. Ambas as leis ratificam a ideia de que a parturiente terá o direito de escolher o melhor meio de gerar seu filho.

A Lei 19701/2018, por sua vez, também garante o direito à informação à mãe, bem como que ela possa exercer seu direito de negar exames ou procedimentos que possam vir a ser invasivos.

Art. 5º A gestante e a parturiente podem se negar à realização de exames e procedimentos com propósitos exclusivamente de pesquisa, investigação, treinamento e aprendizagem ou que lhes causem dor e constrangimento, tais como:

I - exame de verificação de dilatação cervical (toque), realizado de forma indiscriminada e por vários profissionais de saúde;

II - realização de episiotomia (corte na vagina), sem justificativa clínica, ou com o intuito apenas de acelerar o nascimento.

A novidade trazida por esta mesma lei se dá pela punição daqueles que a descumprirem:

Art. 9º O descumprimento desta Lei sujeitará:

I - os estabelecimentos ao pagamento de multa no valor de 1.000 UPF/PR (mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), aplicada em dobro em caso de reincidência; e

II - os profissionais de saúde ao pagamento de multa no valor de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), aplicada em dobro em caso de reincidência.

O Estado de Santa Catarina insurgiu com a Lei n.º 17097/2017, que trouxe situações que devem ser consideradas violentas, bem como a melhor maneira para sua divulgação em estabelecimentos de saúde. Tais dispositivos são replicados nas Leis n.º 23175/2018, do Estado de Minas Gerais, e n.º 5217/2018, do Estado do Mato Grosso do Sul.

Dessa maneira, dentro do ordenamento jurídico brasileiro, é possível enquadrar a violência obstétrica como lesão corporal ou homicídio, nos casos em que resulta em morte da parturiente. Do modo como pensa Oliveira (2009), a conduta pode ser em sua

modalidade culposa, podendo ocorrer através da negligência, imprudência e imperícia do médico.

É ainda possível se falar em dolo eventual, presumindo-se a repercussão, culpa consciente, onde se assume o risco ainda que não tenha o que se falar em intenção do resultado, e, por fim, culpa inconsciente, onde não se prevê o resultado, nem se quer deseja atingi-lo.

Ainda é possível se levantar a questão da indenização em caráter civil, nesse sentido, há jurisprudência no assunto.

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – COMPLICAÇÕES À SAÚDE DECORRENTES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – COMPROVAÇÃO DA CONDUTA E DO NEXO DE CAUSALIDADE NO CASO CONCRETO – RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO CONFIGURADA – ART. 37, § 6º, CF – DEVER DE INDENIZAR EVIDENCIADO – SENTENÇA REFORMADA EM PARTE – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. Consoante a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, as pessoas jurídicas de direito público respondem objetivamente pelos danos que causarem a terceiros, com fundamento no art. 37, § 6º, da Constituição Federal, tanto por atos comissivos quanto omissivos, desde que demonstrado o nexo causal entre o dano e ato/omissão do Poder Público (AgRg no RE com Ag 697.326/RS, 1ª T., rel. Min. Dias Toffoli, DJe 25.04.2013). Demonstrado nos autos que a despeito de as circunstâncias fáticas (gestante portadora de glicose sanguínea elevada e bebê com sobrepeso, com apenas sete meses de gestação) recomendarem a realização de cesariana, os médicos que assistiram a parturiente fizeram parto normal com utilização de procedimento para expulsão do feto sem os cuidados necessários (Manobra de Kristeller), ocasionando-lhe sofrimento e sequelas físicas, imperioso o reconhecimento do dever de indenizar, nos moldes do art. 37, § 6º, da Constituição Federal. (TJ-MT - APL: 00002329820158110003 MT, Relator: HELENA MARIA BEZERRA RAMOS, Data de Julgamento: 08/07/2019, PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PÚBLICO E COLETIVO, Data de Publicação: 08/08/2019)



Por fim, na contramão de todo o avanço e luta para o reconhecimento do fenômeno da violência obstétrica, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução n.º 2.232 de 2019 a respeito da Recusa Terapêutica.

Nos termos da Resolução, seria “dado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente”. No entanto, tal direito possui ressalvas. Entre elas, na relação mãe – feto, podendo a recusa terapêutica ser tratada como abuso de direito.

A Resolução dividiu opiniões. Ao mesmo tempo que para o Conselho Federal de Medicina pode ser tratado como uma vitória em prol da defesa da dignidade dos pacientes, para outros a medida pode legitimar precedentes delicados. Para Melania Amorim, tal prática pode trazer mais precedentes de violência obstétrica, uma vez que pode defender “que a medicina tutele os corpos das mulheres ’em nome de uma suposta preocupação’ com o feto” (AMORIM, Melania apud JANSEM, Mariana, 2019, n.p.).

Ainda tratando do retrocesso, em maio de 2019 o Ministério da Saúde emitiu um posicionamento oficial tratando que o termo violência obstétrica “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério”, conforme matéria do G1 (2019). Desta maneira, tratando-o como inadequado e considerando que deva ser abolido.

Tal posicionamento corrobora com parecer anterior do Conselho Federal de Medicina que condena o termo.

Desta forma, a expressão “violência obstétrica” tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher. (...)

Assim, a violência na assistência ao parto, por agora convertida em “violência obstétrica”, tem sua origem enraizada nos movimentos sociais e feministas. Desta forma, em razão da radicalidade desses movimentos em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, e em defesa de sua autonomia, os médicos obstetras estão sendo estigmatizados e processados por realizarem procedimentos que



não estejam de acordo com a nova proposta de cuidados. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019)

No entanto, o posicionamento sofreu duras críticas pelo Ministério Público Federal, pela Defensoria Pública e pela Ordem dos Advogados do Brasil, fazendo com que o Ministério da Saúde emitisse um ofício reconhecendo a legitimidade do termo.

Por fim, é de se observar que tal posicionamento tem cunho de proteção de classe e corporativista, deixando de lado um problema sociocultural e que merece e deve ser objeto de atenção pelo Poder Público.

Analisando o texto de Zoueïn (ZOUËIN, Luís Henrique Linhares, 2019), é possível observar a magnitude do problema sociocultural ao qual estamos inseridos em decorrência do domínio de corpos e da autonomia feminina, conforme segue.

A violência obstétrica está impregnada de crenças culturais, com raízes profundas na visão submissa e serviçal da mulher, que foi destituída de seu espaço de construção coletiva de conhecimento empírico, quebrando os elos da sororidade do parto enquanto evento feminino e de reapropriação do corpo, em nome do discurso técnico que nada mais é do que a máscara que cobre a indústria da saúde e a perpetuação da cultura machista, que vê mulher como objeto. (...)

A violência obstétrica, portanto, deve ser reconhecida e combatida como violência de gênero, nos termos da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), visto que perpetrada em serviços de saúde especificamente contra as mulheres, em relação de vulnerabilidade e subordinação para com os profissionais de saúde, causando-lhes desrespeito à integridade física, mental e moral. Desse modo, a violência obstétrica corresponde a uma forma específica da violência de gênero.

Isso porque a definição de violência contra a mulher foi ampliada a partir da Convenção Belém do Pará, que, em seu artigo 1º, caput, a conceitua como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada". (ZOUËIN, Luís Henrique Linhares, 2019)



Sendo assim, a violência obstétrica seria então uma maneira de legitimar e ratificar uma posição da mulher como um objeto de reprodução e inferioridade fortemente repetida pela sociedade, bem como a retirada do poder decisório da mulher sobre as alternativas de intervenção sobre seu próprio corpo. Trata-se então, por definição, de uma violência de gênero.

Historicamente, o termo gênero seria uma maneira de substituir o termo mulher, quase como sinônimos, tratando a luta política feminina, sem mostrar o masculino como ameaça, de maneira mais genérica, e tratando de gêneros como se a mesma luta coubesse aos homens. Sobre esse tema, Scott apud Cláudia Cadorin Leandro (2018, p.15),

Na década de 80, qualquer tipo de arquivo que tratasse sobre a história das mulheres e que levasse no título o termo “mulher” era substituído por “gênero”, ou seja, passaram a ser sinônimos. Isso porque o termo “gênero” é neutro, facilitando o distanciamento do feminino quando se tratava de política. Com a aplicação desse termo não havia, de fato, uma tomada de posição ou poder da mulher, e muito menos apontava a parte golpeada e que até hoje tentam ofuscar. (...) Desse modo, a utilização do termo “gênero” em lugar do termo “mulher” não constituiu numa ameaça aos homens, na sua maioria heterossexuais e brancos, e quando utilizado significava que qualquer informação sobre mulheres, também poderia estar implicando referência aos homens (SCOTT apud LEANDRO, Cláudia Cadorin, 2018, p. 15).

Desta maneira, a violência obstétrica seria resultado da dominação da sociedade patriarcal em que estamos inseridos sobre os corpos das mulheres.

A forma de violência em questão deve ser considerada, também, como violência de gênero, pois deriva das relações desiguais de gênero, devendo levar em consideração questões de classe social, cor e também as culturais. Isso ocorre por conta da forma que a sociedade patriarcal tem o costume de historicamente, dominar os corpos das mulheres. (MANFRINI apud LEANDRO, 2018, p.46)

Portanto, trata-se de uma violência já normalizada dentro do comportamento da nossa sociedade, de maneira que as vítimas não são capazes de identificá-la. O histórico de dominação do corpo feminino, a manipulação, bem como a legitimação da mulher

como mera reprodutora, apenas encontram-se ratificando a noção da violência obstétrica como uma violência de gênero.

A normalização e a aceitação são tamanhas que ainda sofremos dificuldades em aprovar leis sobre o tema, em tratar o assunto amplamente área acadêmica e, principalmente, em levar esse conteúdo para a população. Violência obstétrica é legitimada pela omissão do poder público e pela forte capacidade da área de saúde em se proteger e ser corporativista que não deve ser entendido como uma crítica, mas sim de uma maneira a se questionar: quem estamos escolhendo proteger? As vítimas ou aqueles que a agridem?

Enquanto não existirem respostas jurídicas a respeito desse tema, essa ainda vai ser a realidade de muitas mulheres que nem sabem o que é violência obstétrica. Importante destacar ainda que essa resposta não se daria somente na punição aos envolvidos, mas em aparo, ressocialização e ressignificação da vítima e da sociedade na qual ela está inserida. O direito pode e deve ser modificador, de maneira positiva, do mundo ao qual ele se encontra.

CONCLUSÃO

Após elaborar o presente trabalho, é necessário destacar que as práticas de violência obstétrica são muito recorrentes, mesmo que gerando consequências graves para as vítimas.

O índice de vítimas no Brasil é bastante elevado quando pensamos nos avanços da medicina e dos meios que permitem à população ter acesso à diversos mecanismos de busca de conhecimento.

O tema ainda denota as diferenças de gênero e as perpetuações e legitimações de estigmas sociais da inferioridade feminina, com a consequente dominação de seu corpo e a perda de seu direito à autonomia. Violência obstétrica é uma violência legitimada pela sociedade, pela omissão do Estado e principalmente pelas escolhas do corporativismo médico de maneira negativa.

Dessa forma, conclui-se que o tema sobre a violência obstétrica é extremamente importante, pois, sendo um tema interdisciplinar, deveria ser debatido dentro de mais



áreas em prol de assegurar uma vida digna para as mulheres e seus bebês e,, principalmente, que possa ser uma maneira de cobrar também ao Poder Público e seus representantes uma posição firme e concreta na defesa dos interesses das vítimas, seja realizando políticas públicas de orientação e conscientização, seja apoiando-as e auxiliando nos traumas que persistirem.

REFERÊNCIAS

ARGENTINA. **Lei n.º 25.929 de 25 de agosto de 2004.** Estabelece as obras sociais regidas pelas leis nacionais e entidades médicas que devem obrigatoriamente proporcionar ao recém-nascido, ao trabalho de parto e no pós parto, incorporando as mesmas ao Programa Médico Obrigatório. Direitos dos pais e da pessoa recém nascida. Publicado no Boletim Oficial da República Argentina em 21 de set. 2004. Disponível em: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/38525/196605/file/Ley%2025929.pdf> Acesso em: 14 de mai. 2020

ARGENTINA. **Lei n.º 26.485 de 11 de março de 2009.** Lei para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres no âmbito das suas relações interpessoais. Publicada no Boletim Oficial da República Argentina em 1 de abr. 2009. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf. Acesso em: 14 de mai. 2020

BRASIL. **Constituição Federal, 1988.**

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar n.º 7633/2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Deputado: Jean Wyllys. Brasília-DF: Diário da Câmara dos Deputados. Publicação: 12 de jun. 2014. Ano LXIX – Edição n.º 089, p. 83.

BRASIL. **Lei n.º 5.217, de 26 de junho de 2018.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Mato Grosso do Sul. Publicação: 27 de jun. 2018.

BRASIL. **Lei n.º 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. Diário Oficial do estado de Santa Catarina. Publicação: 19 de jan. 2017.

BRASIL. **Lei n.º 19.701, de 20 de novembro de 2018.** Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei n.º 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 do Paraná. Publicação: 21 de nov. 2018.

BRASIL. **Lei n.º 20.127, de 15 de janeiro de 2020.** Altera a Lei n.º 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 n.º 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 do Paraná. Publicação: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Resolução n.º 2.232, de 17 de julho de 2019.** Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília-DF: Diário Oficial da União. Publicação: 16 de set. 2019. Edição 179, Seção 1, p. 113.

BRASIL. **Lei n.º 15.759, de 25 de março de 2015.** Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

BRASIL. **Lei n.º 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. Diário Oficial de Minas Gerais. Publicação: 22 de dez. 2018.

CAMARGO. Caroline Leite. **Saúde: um direito essencialmente fundamental.** Revista Âmbito Jurídico. Rio Grande, v. XVII, n.º 120, jan. 2014. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14074. Acessado em: 10 de mai. 2020

COLETIVO FEMINISTA DE SAÚDE. **História do Feminismo na área da Saúde**. São Paulo, s.d. Disponível para acesso em: <http://mulheres.org.br/historia-do-feminismo-no-movimento-pela-saude/>. Acessado em: 09 de mar de 2020

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **PROCESSO-CONSULTA CFM n.º 22/2018 – PARECER CFM n.º 32/2018**. A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. [S. 1.], 23 out. 2018. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.

DINIZ, Simone Grilo. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro, 1999. P. 527 – 594. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-21.pdf>. Acessado em: 20 de jul. 2020

DOMINGUES, Felipe. **Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo**, 2019. Disponível em <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml> Acesso em 25 de jun de 2020

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acessado em: 25 de abr de 2020

GÓMEZ, Teresa Ortiz. **A história da medicina numa perspectiva feminista**. Rio de Janeiro, 2016. Entrevista concedida a Vivian Mannheimer em Mar. 2016. Disponível para acesso em: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/a-historia-da-medicina-numa-perspectiva-feminista/>. Acessado em: 03 de mar. 2020

JANSEN, Mariana. **Violência Obstétrica: Por que devemos falar sobre?** [S. 1.], setembro 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 9 jun. 2020.

LEANDRO, Cláudia Cadorin, **A violência obstétrica e sua construção jurídica como violência de gênero: o direito das mulheres a um parto humanizado**, 2018, 80 p., Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, 2018. Disponível em <http://repositorio.unesc.net/handle/1/6859> Acesso em 26 de jul de 2020

LEITE, Julia Campos, **Abordagem Jurídica da Violência Obstétrica**, 2016. 108 p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-23052017-165756/?&lang=br> . Acessado em: 25 de jun. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acessado em: 09 de jun. 2020

NADAL, Ana Hertzog Ramos de. **Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa**. Revista Psicologia & Saúde, Porto Alegre, v. 29, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.

OLIVEIRA, Silvia Regina. **Direito Penal Médico**. Revista Âmbito Jurídico. Rio Grande, v. XII, n.º 64, mai. 2009. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6269. Acessado em 13 de mai. 2020

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial**. Organização das Nações Unidas, Brasília-DF, 10 de out. 2016. Saúde. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>. Acesso em: 12 de mai. 2020

PARTO DO PRINCÍPIO. Parirás sem dor. Brasil, 2012. Disponível em: http://docs.wixstatic.com/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf . Acessado em: 25 de mar de 2020

PINHEIRO, Ana Karina, et al.. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiás, 25 de mai. 2009. p. 424-428. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acessado em: 16 mai. 2020

PRADO, Ana Paula Barroso de Salles Paiva. **Direito Fundamental À Saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil**. 2012. 128p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Faculdade de Direito do Sul de Minas, 2012. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/direito-social-a-saude-uma-analise-sob-a->



perspectiva-do-direito-fundamental/158357. Acessado em 10 de mai de 2020

RODBARD, Ana Cristine. A Violência Obstétrica no Ordenamento Jurídico Brasileiro. 2015. 43p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Tuiuti do Paraná, 2015. Disponível em: <http://tcconline.utp.br/media/tcc/2016/02/A-VIOLENCIA-OBSTETRICA-NO-ORDENAMENTO-JURIDICO-BRASILEIRO.pdf>. Acessado em: 10 de jul. 2020

SANTOS, Joselito. Assistência à Saúde da Mulher no Brasil: Aspectos de uma Luta Social In. II Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2005, Maranhão. – Universidade Federal do Maranhão. Disponíveis em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf. Acessado em 25 de jul de 2020

SESC; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo, SP: ago. 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em 17 de mar de 2020

SODRÉ, Lú. **DOR IGNORADA | VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELATAM AGRESSÕES DURANTE O PARTO:** Pacientes e especialistas comentam despacho do Ministério da Saúde que extingue o uso do termo “violência obstétrica”. São Paulo, 10 maio 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/especiais/dor-ignorada-or-vitimas-de-violencia-obstetrica-relatam-agressoes-durante-o-parto>. Acesso em: 9 jun. 2020.

VENEZUELA. **Lei n.º 38.668 de 23 de abril de 2007.** Lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência. Publicada em jornal oficial da República Bolivariana da Venezuela em: 23 abr, 2007. Disponível em: <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>. Acessado em: 14 de mai. 2020

ZOUEIN, Luiz Henrique Linhares. **Ainda precisamos falar sobre a violência obstétrica.** [S. l.], 26 nov. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-nov-26/tribuna-defensoria-ainda-precisamos-falar-violencia-obstetrica>. Acesso em: 9 jun. 2020.

XIX Encontro de História da Anpuh-Rio
História do Futuro:
Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica

21-25 Setembro 2020

