



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB**

**FACULDADE DE DIREITO**

AMANDA LIMA DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:  
UMA ANÁLISE DE SUAS DIMENSÕES NAS NORMATIVAS  
BRASILEIRAS**

BRASÍLIA

DEZEMBRO 2016

Amanda Lima De Oliveira

## **Violência Obstétrica:**

Uma análise de suas dimensões nas normativas brasileiras

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Direito.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila Cardoso de Mello Prando

Brasília

Dezembro 2016

Amanda Lima De Oliveira

## **Violência Obstétrica:**

Uma análise de suas dimensões nas normativas brasileiras

Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Direito, aprovada pela seguinte banca examinadora:

---

Camila Cardoso de Mello Prando  
Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina  
Professora Orientadora

---

Professora Carolina Costa Ferreira  
Doutora pela Universidade de Brasília  
Integrante da banca examinadora

---

Eduarda Toscani Gindri  
Aluna do Programa de Pós-graduação em Mestrado pela Universidade de Brasília  
Integrante da banca examinadora

Brasília, \_\_\_\_ de dezembro de 2016

*LIVRE,  
era o que Ela  
mais queria  
SER.*

*LIVRE,  
para ir  
e vir, e  
SER*

*...o que quiser,  
quando quiser, e  
se quiser. (IORC, 2015)*

*Dedicatória*

*A Deus, meu  
alicerce.*

*À minha família, maior  
incentivadora dos meus estudos,  
desde as primeiras  
palavras.*

*Aos meus amigos,  
por todo apoio nos últimos cinco anos,  
especialmente nos últimos meses.*

*E, ao Armando, meu grande amor,  
melhor amigo e minha maior  
inspiração.*

## RESUMO

Esta monografia apresenta o problema das normativas brasileiras que tratam sobre a violência obstétrica e como elas se adequam às várias dimensões dessa violência e se relacionam com as diversas vulnerabilidades que atingem de forma distinta os grupos de mulheres. Desse modo, serão analisadas as diferentes normativas (PHPN, Rede Cegonha, Resoluções da ANS nº 368 e 398, Decreto 8.858/16, Lei Distrital nº 5.535/15, Leis Federais nº 11.108/2005 e 13.257/16, Projetos de Lei nº 7.633/14 e 2.598/15) que abordam o tema, identificando em cada uma delas, os aspectos das três dimensões da violência obstétrica explicadas na pesquisa e, se há previsão de políticas públicas destinadas às mulheres, a promoção de autonomia dessas mulheres e a identificação de vulnerabilidades específicas.

A violência obstétrica será avaliada sob três perspectivas: individual, institucional e estrutural. Para isso, foram caracterizadas as violações contra as mulheres, o padrão de modelo de atendimento obstétrico e o atravessamento da violência estrutural de gênero. Serão examinadas as vulnerabilidades específicas dos grupos de mulheres vítimas desse tipo de violência, tendo em vista, especialmente, a desigual distribuição das taxas de morbimortalidade materna. Também será explorado os conceitos de autonomia e formação de preferência das mulheres em relação ao parto e como suas escolhas são influenciadas pelo modelo de assistência ao parto hegemônico, misógino e machista.

**Palavras-chave:** violência obstétrica, violência de gênero, autonomia, mortalidade materna, morbidade materna, direitos sexuais, direitos reprodutivos, direitos fundamentais.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANS – Agência Nacional de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite da Rede Cegonha

CID-10 – Código Internacional de Doenças

CIDH – Corte Interamericana de Direitos Humanos

CPI – Comissão de Inquérito Parlamentar

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MBE – Medicina Baseada em Evidências

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do SUS

PMAQ – Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1 AS DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: INDIVIDUAL, INSTITUCIONAL E ESTRUTURAL</b> .....	11
1.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA INDIVIDUAL.....	15
1.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: DINÂMICA DAS HIERARQUIAS DE PODER: O MODELO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO HEGEMÔNICO.....	18
1.2.1 O modelo hegemônico atual de assistência ao parto.....	19
1.2.2 A violência institucional do modelo de assistência hospitalar e a reação ao modelo MBE.....	24
1.3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O REGIME DE GÊNERO: O CORPO REPRODUTOR.....	25
<b>2 MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNA: QUEM SÃO AS MULHERES?</b> .....	28
2.1 MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: VIOLAÇÕES DE DIREITOS E HIERARQUIA DE GÊNERO.....	29
2.2 AUTONOMIA E FORMAÇÃO DE PREFERÊNCIAS DAS MULHERES: DESIGUALDADES E CONSTRANGIMENTOS SOCIAIS.....	32
2.3 MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNA: INDICADORES DA DESIGUALDADE DO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO.....	34
<b>3 AS NARRATIVAS LEGAIS, DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICAS E O RECONHECIMENTO DAS DESIGUALDADES ENTRE MULHERES</b> .....	41
3.1 MARCOS DO DIREITO INTERNACIONAL.....	42
3.2 LEI Nº 38.668 DE 2007 DA VENEZUELA: MARCOS DE LEGISLAÇÕES DE PAÍSES ESTRANGEIROS.....	45
3.3 MARCOS NORMATIVOS NO BRASIL.....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	65



## INTRODUÇÃO

No dia 1º de abril de 2014, Adelir de Góes foi submetida, compulsoriamente, a uma cirurgia cesárea por determinação do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul. Adelir, que tinha ido ao hospital somente para realizar um exame preventivo, foi coagida pela médica a realizar uma cesariana. Como desejava o parto normal, saiu do hospital em busca da opinião de uma outra equipe médica, mas sua saída da instituição só foi permitida após a assinatura do termo de responsabilidade.

Durante a madrugada, ela foi retirada coercitivamente de sua residência por policiais, que a levaram sob custódia para a realização da cirurgia. A medida protetiva que autorizou esse episódio de violência foi efetivada pelo Ministério Público da comarca de Torres - RS e acolhido pelo Poder Judiciário, após a provocação da equipe que assistiu a parturiente e alegou que ela necessitaria se submeter, urgentemente, a uma cesariana sob a hipótese de risco de vida ao bebê.

Nesse caso, foi tutelada a suposta primazia do interesse da criança em detrimento da dignidade da pessoa humana da mãe, da igualdade entre os gêneros, da inviolabilidade do direito à vida e à liberdade, além da garantia da proibição do tratamento desumano ou degradante.

O caso de Adelir é recente e demonstra a inefetividade das leis nacionais e do compromisso assumido pelo Estado Brasileiro perante a comunidade internacional, diante de uma instituição de saúde e de instituições jurídicas que desrespeitam a mulher, restringem sua autonomia e a reduzem à condição de reprodutora (SANTOS, 2014).

Esse caso mostra a importância do estudo do tema para o Direito, que, em um cenário ideal, deveria garantir às mulheres a ausência de constrangimentos sociais para a formação de suas preferências. Inexistindo esse cenário ideal, é dever do Estado promover mecanismos para equilibrar as desigualdades, de forma que a dominação e a opressão sejam minimizadas e possibilite a capacidade de autodeterminação das mulheres.

A violência obstétrica é apenas uma das tantas violências perpetradas contra as mulheres, por isso não pode ser considerada como uma violência comum, uma vez que ela só é experimentada por mulheres e pelo simples fato de serem mulheres. Comumente são consideradas violência obstétrica as práticas do profissional de saúde que silenciam a mulher assistida e reduzem sua autonomia.

O uso inadequado de intervenções cirúrgicas é um dos motivos pelos quais o Brasil ainda não atingiu a meta de redução da mortalidade materna da ONU, embora tenha atingido a meta de redução da mortalidade neonatal.

Foi buscando a redução da mortalidade materna e atender ao Quinto Objetivo do Milênio que foram redigidas diversas normas nacionais, fundadas em normativas internacionais que tem o mesmo objetivo: promover a igualdade entre os gêneros e erradicar a violência contra a mulher.

Nessa pesquisa, verificarei as diversas normativas existentes sobre o tema, analisando as perspectivas da violência obstétrica trazida por cada uma delas e como elas interagem com a realidade das altas taxas de morbidade e mortalidade materna existentes no Brasil.

Assim, no primeiro capítulo, explicarei as dimensões desse tipo de violência, que, geralmente, acontecem pelo modelo hegemônico de assistência obstétrica existente no Brasil. Também a precarização do SUS, resultante em uma violência institucionalizada em toda a assistência ao parto. Na assistência pública são utilizadas diversas intervenções de rotina generalizadas, que não respeitam as individualidades do parto, e tem como maior marco a episiotomia de rotina. Em contrapartida, na assistência ao parto da rede suplementar de saúde, há abuso do parto cirúrgico via cesárea. Os altos índices de cesárea no Brasil ocorrem tanto por conveniência médica, que visa a otimização da assistência obstétrica, sob uma ótica utilitarista; quanto por uma busca das mulheres de classe média e alta por uma alternativa ao parto normal violento.

No segundo capítulo, apresentarei as taxas de morbimortalidade no Brasil, e sua relação com a violência institucionalizada. Falarei sobre o modelo de assistência obstétrica fundamentado em relações hierárquicas de gênero e a limitação da autonomia da mulher nessa atual atenção ao parto. Apontarei, ainda, a diferença de vulnerabilidade entre as mulheres a partir das diferenças entre os marcadores sociais.

No terceiro capítulo, exibirei as normativas de direito internacional e o marco da Lei Orgânica Venezuelana Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência em comparação ao Brasil. Em sequência, indicarei as normativas brasileiras que tratam sobre o tema e como elas se relacionam com as dimensões da violência obstétrica apresentadas nos capítulos anteriores.

## **CAPÍTULO 1 – AS DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: INDIVIDUAL, INSTITUCIONAL E ESTRUTURAL**

O termo violência obstétrica, surgiu na América Latina nos anos 2000, com o aparecimento dos movimentos sociais em defesa do nascimento humanizado. O termo, muitas vezes generalizado, é usado para descrever desde a assistência ao parto excessivamente medicalizado, até a violência física contra a parturiente. (PICKLES, 2015:6)

A violência obstétrica é mais uma espécie do gênero de violência contra a mulher, é mais uma forma de “controle viril sobre os corpos femininos” (BANDEIRA, 2009: 407), ela pode ser identificada nas mais diversas situações: em abusos físicos, sexuais, psicológicos e institucionais.

A primeira definição jurídica do termo, amplamente aceita pela literatura acadêmica, mas ainda não reconhecida pelo sistema jurídico brasileiro, foi enunciada pelo art. 15 da Lei Orgânica dos Direitos da Mulher para uma vida livre de violência da Venezuela. À luz da normativa venezuelana, a violência obstétrica:

caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres<sup>1</sup>. (VENEZUELA, 2007)

No Brasil, uma das características desse tipo de violência são as taxas elevadas de cesarianas e a baixa qualidade nos serviços de assistência ao parto, tanto na rede pública quanto na rede suplementar de saúde. A OMS recomenda uma taxa ideal de cesáreas entre 10% a 15% de todos os partos no país, baseada em pesquisas realizadas pela comunidade internacional de saúde nos últimos 30 anos. (OMS, 2015)

Segundo conclusões da OMS, a cesárea é uma intervenção que somente deve ser realizada para salvar a vida de mães e de bebês, e apenas quando indicada por motivos médicos; ainda, não há associação entre a redução de mortalidade materna e neonatal e o número de cesarianas, em países onde a taxa de cesárea é superior a 10%; e a cesárea

---

<sup>1</sup> Embora seja um conceito jurídico, diversos textos da revisão de literatura indicavam esse mesmo conceito para definir violência obstétrica.

pode trazer sérios riscos a saúde da mãe e do recém-nascido, principalmente em locais sem a infraestrutura necessárias para a realização dessa cirurgia. Além disso, “taxas populacionais de cesáreas de até 10 a 15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal”. (OMS, 2015)

As altas taxas de cesárea no país são alarmantes, principalmente na rede privada de saúde. Segundo informação do DATASUS, referente ao ano de 2008, 84,5% dos partos realizados na rede privada foram cesáreas e, na rede pública, as cesáreas correspondem a 31% dos partos. Metade dos partos realizados no Brasil são realizados por meio cirúrgico, muitos deles sem necessidade e sem verdadeira indicação médica, é o que chamamos de cesariana eletiva. (CIELLO, et al, 2012:8-9)

De acordo com Simone Grillo Diniz, o Brasil ainda possui elevadas taxas de cesáreas, pois possui um modelo de assistência ao parto vaginal extremamente invasivo, doloroso e repleto de intervenções desnecessárias. (DINIZ, 2005)

Nesse modelo de assistência ao parto vaginal medicalizado, percebe-se a realização de procedimentos de rotina não comprovados por evidências médicas, mas que, ainda assim, são praticados diariamente nas maternidades brasileiras. Dentre esses procedimentos estão: a episiotomia<sup>2</sup> de rotina, a lavagem intestinal, exames de toque frequentes; rompimento artificial da bolsa; jejum forçado de comida e bebida, aplicação de ocitocina sintética para aumentar as contrações uterinas sem que haja necessidade, tricotomia<sup>3</sup>, uso de fórceps, Manobra de Kristeller<sup>4</sup>, entre outros.

Esses procedimentos de rotina, geralmente, são realizados sem o consentimento da gestante, evidenciando o poder do médico, detentor do conhecimento, que possui livre acesso ao corpo das pacientes.

A partir de demandas da ONU e de movimentos feministas que buscam a humanização do parto, e que ganharam força nos últimos 15 anos, o governo brasileiro passou a definir políticas públicas que têm como alvo melhorar a assistência e o acesso a saúde de mulheres gestantes, parturientes e puérperas. Assim, foi instituído através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento desenvolvido pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo primordial

---

<sup>2</sup> Corte na região do períneo, entre o ânus e a vagina, para aumentar a saída do canal vaginal.

<sup>3</sup> Raspagem dos pelos pubianos.

<sup>4</sup> Aplicação de pressão, das mãos do profissional de saúde, na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê, durante o período expulsivo. A manobra já foi considerada pela literatura médica como danosa à saúde da paciente.

“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”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Em 2003, foi implementado, também pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), conhecido como HumanizaSUS, fruto do programa acima citado. O PNH visa a mudança institucional tanto dos hospitais, quanto das escolas de medicina; incluir o tema da humanização no debate da saúde, por meio de ações midiáticas e discurso social amplo; e ultrapassar “as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Desde então, diversos outros diplomas foram editados, tentando a melhoria na assistência a saúde materna, dentre esses diplomas, destaca-se a Lei 11.108/2005, que, em tese, garante a presença de um acompanhante, de escolha da grávida, durante o período de parto e pós-parto.

Essas políticas públicas objetivam dar autonomia as mulheres, para que elas protagonizem e vivenciem, de forma menos dolorosa, seus partos. Para isso, foi criado o plano de parto, documento onde a mulher define junto com o obstetra a forma como ela deseja que ocorra o seu trabalho de parto, quais são as intervenções que podem ou não ocorrer e é informada sobre o que pode ser considerado violência obstétrica. Contudo, não é todo profissional da saúde que elabora esse tipo de documento, e, no SUS, embora exista uma cartilha que informe a mulher sobre o plano de parto, a literatura mostra que o parto na rede pública ainda é, em geral, local de violação de direitos reprodutivos.

As usuárias do SUS são, majoritariamente, pobres e não-brancas, para elas o acesso a informação é mais limitado se comparado a mulheres usuárias da rede suplementar de saúde, de classe média e brancas. Por esse motivo, sua autonomia e direito de escolha também é limitado, aumentando sua vulnerabilidade. Ainda assim, a falta de informação não é o principal fator de vulnerabilidade dessas mulheres, que mesmo que bem informadas, encontram obstáculos no modelo de assistência obstétrica fundado no poder médico.

Em harmonia com conceito de autonomia, muito bem trabalhado e explorado por Flávia Biroli, entendo que esse protagonismo que os movimentos sociais pró-humanização preconizam, é, muitas vezes, inviável, visto que não há homogeneização no grupo de mulheres. (BIROLI, 2012)

Assim, os dados do DATASUS, que serão apresentados no segundo capítulo, revelam que as usuárias do SUS, as mulheres pobres, de pouca escolaridade e não-brancas, são as maiores vítimas da mortalidade e da morbidade materna.

Diante do cenário exposto, o deputado Jean Wyllys, redigiu o Projeto de Lei 7.633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal.

O projeto define, legalmente, quais são os direitos da assistida; os princípios da assistência, as condutas consideradas violência e os direitos do neonato. Além de estabelecer, como será realizada a erradicação da violência obstétrica, o controle dos índices de cesarianas e as boas práticas médicas.

O estudo da violência obstétrica encontra-se no ramo dos direitos humanos, especificamente no estudo dos direitos de gênero, sexuais e reprodutivos. Em toda a revisão de literatura, a perspectiva de gênero sempre esteve presente, ainda que os textos tivessem abordagens diferentes: violência individualizada<sup>5</sup>; violência institucionalizada<sup>6</sup>; violência estrutural<sup>7</sup>. Todos eles partiam de uma análise de dominação do gênero.

Por ser uma violação de direitos humanos, a violência obstétrica exige um posicionamento do Estado para coibi-la. As instituições internacionais, Estados estrangeiros e o Estado brasileiro têm produzido normativas que buscam inibir a violência na assistência ao parto e reduzir a morbimortalidade materna.

---

<sup>5</sup> Em todos os textos a violência individual é tratada em conjunto com as demais dimensões da violência obstétrica.

<sup>6</sup> AGUIAR, Janaína Marques De; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias, 2010; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento, 2005; DINIZ, Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso, 2013; DUDA, Grazielle Rodrigues; EGAS, Heloiza. A violência obstétrica no Brasil na perspectiva dos direitos humanos, 2016; RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico, 2009.

<sup>7</sup> BANDEIRA, Lourdes. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006, 2009; DINIZ, Simone G., CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo, 2006; FERREIRA, Maíra Soares; OLIVEIRA, Elismênia Aparecida. As mulheres não são donas de seus corpos: produção de conhecimento e violência obstétrica no Brasil, 2016; MARTINS, Alaerte Leandro. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil, 2004; MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil, 2006; VENTURA, Miriam. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina, 2008.

Este trabalho, tem como objetivo analisar como as normativas internacionais e nacionais se relacionam com as três formas de violência obstétrica, e com o conjunto de grupos de mulheres violadas por estas práticas.

A violência obstétrica se distingue em três tipos de violência: a individual (profissional de saúde - paciente), a institucional (modelo de ensino e prática médica, bem como o modelo de assistência hospitalar) e estrutural (desigualdade de gênero, classe social e etnia).

### **1.1 A violência obstétrica como violência individual:**

A violência individual ocorre nas relações entre profissional da saúde e paciente. É uma microrrelação de poder que se estabelece em situações individualizadas da assistência obstétrica.

Ao iniciar o estudo da violência obstétrica, esse é o tipo de violência mais fácil de ser identificado, seja nos relatos das vítimas ou nos casos judiciais, afinal, a violência individual é aquela de maior inteligibilidade nos espaços de poder.

Assim como nas demais áreas da saúde, o profissional que cometer algum ilícito, civil, penal ou administrativo, durante a assistência ao parto, poderá responder pela conduta ilícita.

Contudo, ao aprofundar a pesquisa, pude perceber que toda a violência individual está fundada em uma violência institucional e estrutural, em um modelo de parto hegemônico que viola direitos reprodutivos das mulheres.

Na literatura, pouco se fala sobre a violência individual, sendo o foco de pesquisa as violências institucionais e estruturais. Isso não quer dizer que a violência individual não deva ser enfrentada ou que tenha menos importância, mas, para que sua repressão não seja meramente simbólica, é imprescindível que ela seja tratada em companhia à violência institucional e estrutural.

A violência individual é resultado de práticas institucionalizadas, podendo ser de natureza física, psicológica e sexual, como se vê, a seguir:

As violências físicas são todas aquelas que incidem sobre o corpo da mulher, que o benefício de seu uso não seja comprovado cientificamente e que cause qualquer tipo de dor ou dano físico (CIELLO, et al, 2012: 60 e DUDA, EGAS, 2016: 3). São elas:

- Privação de alimentos – técnica comprovadamente maléfica à saúde da

parturiente, consiste no jejum forçado pelos profissionais de saúde à mulher durante a internação do trabalho de parto.

- Interdição à movimentação da mulher e imposição da posição supina para dar à luz – há recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, que informam que a liberdade da movimentação da mulher durante o parto normal e as posições não supinas devem ser incentivadas. Apesar de comprovadamente prejudiciais ao trabalho de parto, por prejudicar a dinâmica do parto e a oxigenação do bebê, as posições supina e litotômica<sup>8</sup> ainda são usadas rotineiramente. (CIELLO, et al, 2012:107)

- Tricotomia – raspagem dos pelos pubianos para “higienização” do local. Isso demonstra a misoginia e a tocofobia institucionalizada no atendimento.

- Manobra de Kristeller – consiste na compressão abdominal pelas mãos, produzindo força em cima da barriga da mulher (fundo do útero), espremendo seu ventre para acelerar o processo expulsivo. Estudos comprovam que esta prática é extremamente danosa à saúde da parturiente e do neonato, e que apesar de proibida, a manobra continua sendo utilizada, mas não são registradas nos prontuários. (CIELLO, et al, 2012:103)

- Uso rotineiro de ocitocina – o uso da ocitocina sintética é uma das formas de aceleração do parto. O procedimento é benéfico quando demonstrada a necessidade de se auxiliar o processo expulsivo. Contudo, a intervenção é usada de forma rotineira nas maternidades, provocando risco ao feto, além de seu uso ser doloroso.

- Não utilização de analgesia quando indicada – em diversos hospitais e maternidades no Brasil, públicos e privados, o plantão do anestesista é realizado em sobreaviso, ou seja, sem a presença do médico na instituição. Assim, ele somente é chamado em caso de urgência e emergência, o que impossibilita a aplicação da analgesia se requerida pela gestante. (CIELLO, et al, 2012: 142-143)

As violências psicológicas são as ações verbais ou comportamentais que causem “na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio” (CIELLO, et al, 2012:60). São exemplos:

Ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais. (CIELLO, et al, 2012:60)

---

<sup>8</sup> São posições horizontais de barriga para cima.



As violências sexuais são aquelas que violam a intimidade ou o pudor da mulher, “incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo” (CIELLO, et al, 2012:60). Como:

- Episiotomia – “é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal”. (ZANETTI, et al, 2009: 368)

A episiotomia é o procedimento cirúrgico mais realizado no mundo. Seu objetivo, quando realizada com indicação médica, é de facilitar a passagem do bebê. Entretanto, ao ser utilizada de forma rotineira, e não amparada em evidências científicas, a episiotomia visa facilitar o procedimento dos médicos.

Segundo a OMS a episiotomia é indicada somente quando há sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau. Também pode ser realizada para evitar a compressão prolongada da cabeça em prematuros. A literatura confirma que, embora o uso restritivo da episiotomia seja benéfico em casos específicos, na América Latina a utilização desse procedimento é abusiva, chegando a 90%. (ZANETTI, et al, 2009: 370)

- Ponto do Marido – “durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado, que tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para ‘preservar’ o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto” (CIELLO, et al, 2012:85).

- Exames de toque invasivos, constantes ou agressivos – esses exames se caracterizam por serem realizados “sem aviso e sem dar a oportunidade da mulher emitir seu consentimento”. As vítimas desse abuso relatam dor e incomodo ao se submeterem a esse tipo de exame sem nem ao menos ser apresentadas ao profissional que está realizando o procedimento, ou sem saber da necessidade do exame. Em alguns casos, há, inclusive, comentários agressivos durante o atendimento (CIELLO, et al, 2012:101).

- Lavagem intestinal – consiste na provocação da total evacuação do intestino, com o objetivo de evitar que a evacuação ocorra no momento do parto. A lavagem pode ser feita por meio de laxante ou por enema. Quando realizada por enema, o procedimento é extremamente humilhante, sendo necessário que se introduza uma sonda retal para a introdução de água e administração de medicamentos que provocarão a lavagem intestinal. Além disso, o procedimento não possui nenhuma comprovação científica que justifique o seu uso.

A ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado; os exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento; e o assédio, também são considerados formas de violência obstétricas quando praticadas pelo profissional de saúde na ocasião do cuidado ao nascimento.

## **1.2. A violência obstétrica e as instituições de saúde: dinâmica das hierarquias de poder: o modelo de assistência ao parto hegemônico**

A violência institucional se constrói em relações hierárquicas e desiguais poder: as relações de gênero e a relação profissional de saúde e paciente. Ao analisarmos a violência institucional, é preciso avaliar o que é poder e como se dão essas estruturas de poder.

Para Foucault o poder não existe, somente a ideia dele existe. Não existe um ponto de partida específico em que, por exemplo, as mulheres deixaram de ter direitos e emanou o poder dos homens sobre nós (FOUCAULT, 2016: 369-370), é a mesma ideia do clássico de Clarice Lispector *o Ovo e a Galinha*, é impossível saber qual é a gênese do poder, assim como o ovo, individualmente ele não existe.

Contudo, existem microrrelações de poder que efetivam as grandes estratégias de poder (FOUCAULT, 2016: 371). Trazendo isso para a nossa discussão, a violência obstétrica institucionalizada só é possível, pois existem essas microrrelações de poder individuais que juntas criam uma *instituição*, que para Foucault é “todo comportamento mais ou menos coercitivo aprendido” (FOUCAULT, 2016: 368). É a nível institucional que o poder ganha força.

O poder, quando exercido como controle sobre os corpos, é disciplinar, mas encontrou no direito moderno uma forma de se camuflar e ser legitimado como soberania coletiva (FOUCAULT, 2016: 292). Assim, por serem detentores de um conhecimento tecno-científico pouco acessível, o poder exercido pelos profissionais de saúde, embora seja disciplinar, é visto pelos usuários como soberano e indiscutível.

Janaína Aguiar e Ana Flávia d’Oliveira, apresentam como a violência institucional ocorre nas maternidades públicas, que já encontram diversos obstáculos de natureza estrutural. Elas apontam que há um entrelaçamento entre a violência institucional e as representações do gênero. O serviço de saúde prestado é intrinsecamente misógino, as variáveis são invertidas: a paciente deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto de

intervenção, que deve aguentar as dores “como preço pelo suposto prazer sentido no ato sexual que deu origem àquela gestação”, enquanto o uso de tecnologia, que deveria ser meio, é transformado no fim da assistência. (AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2010: 3)

Elas completam dizendo que o poder exercido pelo médico encontra fundamento “na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade” (AGUIAR, D’OLIVEIRA, 2010: 4), o que valida a ideia extraída de Foucault de que o poder disciplinar médico-hospitalar, foi legitimado pelo estado moderno. Além disso, esse poder é legitimado, pois a saúde é um valor inestimável para a sociedade e foi, historicamente monopolizado pela medicina (AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2010: 4). Mas nem sempre a medicina foi como conhecemos hoje. A medicina-hospitalar é recente, até cerca de três séculos atrás, a medicina era tratada apenas de forma individualizada e não coletiva. (FOUCAULT, 2016)

Somente no século XVIII que o hospital passou a ser usado como instrumento terapêutico, antes disso, o hospital era “essencialmente uma instituição de assistência aos pobres” (FOUCAULT, 2016: 174), não só de assistência, mas também de separação e exclusão. Somente com a introdução de mecanismos disciplinares no espaço do hospital que ele passou a ser medicalizado. (FOUCAULT, 2016: 182)

O modelo hospitalar que conhecemos hoje nasceu em uma sociedade disciplinar, que naturalizava as formas de vigilância e coerção dos indivíduos, seguindo o exemplo do panóptico<sup>9</sup>. (FOUCAULT, 2016) A disciplinarização do espaço hospitalar, permitiu uma renovação da prática médica, que teve como resultado a confiança do poder disciplinar ao médico. A função dessa disciplina hospitalar é assegurar, entre outras coisas, a vigilância e a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença. (FOUCAULT, 2016: 183-184)

### **1.2.1 O modelo hegemônico atual de assistência ao parto:**

O modelo atual de assistência ao parto trata o parto não como um evento natural, biológico e fisiológico, mas como um evento patogênico que necessita da intervenção médica para não ter um desfecho trágico.

---

<sup>9</sup> Modelo de penitenciária, idealizado pelo filósofo e jurista Jeremy Bentham, que permite que um único vigilante observe todos os prisioneiros, sem que esses notem que estão sendo vigiados e coagidos.

Até o início do século XX, o parto era um evento essencialmente feminino e não hospitalizado. Os partos eram realizados por parteiras, por mulheres da família e vizinhas, no ambiente doméstico. (DUDA e EGAS, 2016: 1) O modelo moderno de assistência ao parto é recente, tendo início há aproximadamente um século com o obstetra Fernando Magalhães, conhecido como o Pai da Obstetrícia Brasileira<sup>10</sup>. Foi ele o primeiro a usar o termo *humanizar* a assistência a parto, mas com significado diverso do que esse termo representa hoje. (DINIZ, 2005: 628)

Assim como Fernando, o professor Jorge Resende, defendeu o mesmo conceito de humanização, já na metade do século XX. Ambos defendiam uma série de intervenções como o uso do fórceps e a narcose para humanizar o nascimento. O objetivo era revogar a sentença divina destinada a mulher e proporcionar um parto indolor, porém repleto de intervenções. (DINIZ, 2005: 628)

O parto então modifica-se gradativamente até se tornar medicalizado e hospitalizado, e deixa de ser uma experiência unicamente feminina. De acordo com dados do DATASUS, atualmente, 97,85% dos partos no Brasil são hospitalares.

Na maioria das escolas de medicina brasileiras é ensinado um modelo de assistência obstétrica intervencionista, formando profissionais que privilegiam o uso de procedimentos cirúrgicos, em detrimento do parto natural e de atenção a parturiente. (DINIZ e CHACHAM, 2006: 81)

Os hospitais se tornaram o palco da obstetrícia moderna, onde a tecnologia é aplicada não só para salvar a vida das parturientes que dela necessitam, mas para otimizar o tempo do trabalho de parto e, em tese, minimizar potenciais riscos a integridade física da paciente. O parto hospitalizado é uma indústria produtiva, há uma rotina a se seguir, prazos a serem cumpridos, se a mulher não concluir o trabalho de parto no tempo previsto, serão realizadas intervenções para que ela dê à luz no prazo determinado. (SANCHEZ, 2014)

Não se nega que os avanços da tecnologia ajudam a salvar a vida de muitas mulheres, e seus filhos, que apresentam distócias<sup>11</sup> durante o trabalho de parto e

---

<sup>10</sup> O fato da obstetrícia brasileira ter um “pai”, e não uma “mãe”, reforça a ideia da dominação masculina na ciência da saúde feminina.

<sup>11</sup> São fortuitos que ocorrem, e são diagnosticados, no momento do parto e que atrapalham seu desenvolvimento normal. São considerados sintomas de um parto distócito: contrações fortes e persistentes sem expulsão fetal; contrações fracas, infrequentes e improdutivas por mais de 2 ou 3 horas; intervalo maior do que 2 horas entre os fetos ou 4 horas após o início do segundo estágio

necessitam de intervenções para sobreviverem. As intervenções, quando necessárias, são indispensáveis para uma assistência ao parto humanizado. O que tem se discutido são as intervenções de rotina, fundadas em um sistema de montagem e produção do parto, que violam direitos reprodutivos das mulheres.

a) O parto normal e as violências de rotina:

Nesse modelo de parto hospitalar, foram institucionalizadas diversas rotinas a que a mulher deve se submeter. Essas rotinas médicas são realizadas não pelo fato de os médicos serem indiferentes ao sofrimento feminino ou por, simplesmente, ignorarem as evidências científicas, mas por uma cultura institucionalizada que acredita que a vagina, assim como a mulher, é passiva durante o trabalho de parto. (DINIZ e CHACHAM, 2006: 87)

Na dimensão institucional se naturalizam violências de diversas ordens: física, psicológica, sexual (que são violências também individuais) e institucional. E consiste na submissão da mulher em situação de abortamento, parturição ou puerpério, a procedimentos dolorosos, desnecessários, arriscados e humilhantes.

Violência institucional são as “ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada” (CIELLO, et al, 2012:60). Por exemplo:

Impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes. (CIELLO, et al, 2012:60)

O direito brasileiro resguarda à mulher o direito de escolha do local onde ocorrerá o parto, podendo ser realizado em casas de parto, no domicílio da parturiente ou em qualquer hospital ou maternidade do SUS. Embora seja pacífico na literatura e nas normativas que o local de realização do parto deve ser de escolha da mulher, assistida por

---

do trabalho de parto; gestação prolongada, descarga vaginal purulenta e sinais de intoxicação; apresentação, posição ou atitude do feto anormal.

um profissional de saúde, a comunidade médica, representada pelos conselhos regionais de medicina, desencorajam o parto domiciliar (CREMESP, 2011). Vê-se que, apesar de ter sua autonomia garantida pelo direito, ao ser assistida, a gestante não possui de fato liberdade para escolher o local onde se sente mais segura para dar à luz.

Apesar de haver um Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, diversas instituições não respeitam o desejo da mãe de amamentar o neonato logo após o nascimento, mesmo que não haja nenhum impeditivo clínico que possa justificar a separação. Em algumas maternidades, esse impedimento dura por horas, interferindo e dificultando o início da amamentação (CIELLO, et al, 2012:144)

Outro tipo de óbice que as mulheres encontram no atendimento ao parto, é o descumprimento das normativas e da legislação por parte do plano de saúde, que nega a entrada do acompanhante da gestante ou cobra taxas indevidas para permitir a entrada do acompanhante no momento da internação.

Também, é considerado violência obstétrica as intervenções com meros fins didáticos, em que os profissionais usam o corpo da mulher com a única e exclusiva finalidade de treinar os estudantes e residentes.

Dentro da violência institucional, também pode ocorrer uma violência de caráter material, isto é, ações que tenham como finalidade a obtenção de “recursos financeiros de mulheres em processo reprodutivo, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica” (CIELLO, et al, 2012:60). Um dos exemplos mais comuns é a cobrança de taxa extra para viabilizar a entrada do acompanhante, mesmo esse direito sendo assegurado pela Lei 11.108/2005.

Embora existam normativas que regulem o direito da mulher de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, os hospitais ainda colocam empecilhos na permanência do acompanhante, tais como: falta de estrutura para o pernoite do acompanhante, falta de alimentação para o acompanhante e acomodação de enfermaria que não permite acompanhante (CIELLO, et al, 2012: 72).

Por fim, a assistência ao parto no Brasil, submetendo mulheres a peregrinação, em pleno trabalho de parto, em busca de uma vaga em uma maternidade. Esse, inclusive, é “uma das principais causas da mortalidade materna”. (CIELLO, et al, 2012: 130)

A diante, veremos que esse modelo de parto vaginal violento só subsiste para incentivar e coagir à cesárea, tonando o parto cirúrgico uma forma menos aflitiva, dolorosa e insegura de dar à luz (DINIZ, 2013).

b) A cesárea:

Conforme já foi trazido no texto, a cesárea é o parto realizado via cirúrgica, que tem como finalidade salvar a mãe e o bebê que necessitam dessa intervenção. Ela também é um dos sintomas principais da violência obstétrica brasileira institucionalizada.

Embora seja uma cirurgia de alto risco, as mulheres acabam se submetendo a ela, na maioria das vezes, desnecessariamente, por confiança no profissional de saúde.

Ocorre que a cesariana sem indicação médica, realizada por mera comodidade, “ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, aumentando em até 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplicando o risco de morte da mulher”. Esses riscos não se justificam com uma lógica adequada, e só se explicam como uma forma de real violência. Além dos riscos a morte materna, a epidemia de cesáreas eletivas no país tem relação direta com “o aumento de bebês prematuros internados nas UTI’s Neonatais, bem como o número de óbitos”. (FERREIRA e OLIVEIRA, 2016: 7)

Esse aumento de bebês prematuros se dá, pois, o obstetra agenda a cirurgia para quando a gestante está prestes a completar 37 ou 38 semanas, evitando que ela entre em trabalho de parto e o médico seja ‘pego de surpresa’. Muito embora considere-se que o bebê está pronto para nascer entre a 37<sup>a</sup> e a 42<sup>a</sup> semana, cada feto tem sua individualidade podendo ainda não ter atingido a maturação ao nascer. (CIELLO, et al, 2012:118)

Diante da falta de informação, as gestantes ficam extremamente vulneráveis e são facilmente dissuadidas a eleger a cesariana, mesmo contra sua vontade. As mais diversas justificativas infundadas são usadas para convencê-las a realizar a cirurgia, desde risco à saúde do bebê até o risco de comprometer a integridade sexual da mulher. (CIELLO, et al, 2012: 119-120)

Esse último argumento reitera a concepção de “ódio institucional às mulheres”, em que a ciência e a medicina objetificam as pacientes, impedindo que elas tenham direito de controle ao próprio corpo. (FERREIRA e OLIVEIRA, 2016)

### **1.2.2 A violência institucional do modelo de assistência hospitalar e a reação ao modelo MBE:**

Diante desse contexto de abusos institucionais, os profissionais de saúde aliados com os movimentos de mulheres iniciaram o movimento da medicina baseada em evidências (MBE), que visa dar visibilidade às rotinas de sofrimento desnecessário no parto e aos seus efeitos prejudiciais. O MBE tem renovado o ensino e o atendimento obstétrico, posicionando-se a favor de rotinas menos agressivas e mais amigáveis a mulheres e bebês, protegendo-os de abusos.

O MBE, teve início entre os anos de 1970 e 1980, com os profissionais de saúde da área da perinatal. Em consonância com o MBE, surgiu o movimento pela humanização do parto. Ambos os movimentos questionam o modelo tecnocrático de assistência ao parto, o qual já foi apresentado no início do capítulo. (DUDA, EGAS, 2016: 3)

A medicina baseada em evidências teve origem ao se constatar que havia uma proliferação de técnicas de diagnóstico e terapêutica que se mostravam inefetivas ou que até mesmo provocavam morbidades maiores do que a que dispunham a tratar. Foi redigida, pela OMS, um manual de atendimento ao parto normal que classificava as práticas adotadas na atenção ao parto em quatro grupos:

Grupo A, as práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; Grupo B, com as práticas que são danosas ou inefetivas e merecem ser abandonadas; Grupo C, das praticas para as quais ainda não há evidencias suficientes e que necessitam de mais pesquisas; e, finalmente, o Grupo D é de práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada. (OMS, 1996: 34-37)

Os procedimentos identificados nessa pesquisa como práticas de violência obstétrica, são aqueles pertencentes ao Grupo B, como a manobra de Kristeller e a lavagem intestinal; e aqueles pertencentes ao Grupo D, que embora sejam intervenções benéficas em determinados casos, são usados recorrentemente de forma inadequada, como é o caso das cirurgias de episiotomia e cesariana.

Nessa acepção, o movimento da humanização da obstetrícia, bem como o MBE, analisa os eventos da gestação, do parto e do nascimento sob a perspectiva dos direitos humanos, objetivando a autonomia feminina sobre os seus corpos e sexualidade. (DINIZ, 2005)



### **1.3 A violência obstétrica e o regime de gênero: o corpo reprodutor**

A sociedade ocidental, na qual estamos inseridos, é regida por valores patriarcais, que exercem controle sobre o potencial reprodutivo e a sexualidade feminina. Esse controle é o que mantém a subordinação feminina e a dominação masculina. A dominação masculina é o cerne da violência obstétrica, que é, por natureza, misógina. (SANCHEZ, 2015: 95-96)

A maternidade é vista como o lugar social da mulher, penosa e sacrificante desde o início. A Igreja, até o século XIX, acreditava que o sofrimento do parto era um desígnio divino, e o parto era o momento de expiação do pecado original das mulheres (DINIZ, 2005: 628). Esse pensamento foi superado pela medicina no início do século XX com a hospitalização do parto, mas a sexualidade da mulher ainda é tratada como um tabu, algo sujo e proibido. Assim, o sofrimento feminino é naturalizado, e a culpa é, novamente, expiada no corpo feminino.

Por sua vez, o saber médico, previu o parto como um fenômeno “fisiologicamente patogênico”, implicando sempre em riscos e sofrimento, sendo papel da obstetrícia resgatar a mulher de sua natureza dolorosa, por meio de intervenções que potencializam a sua dor. (DINIZ, 2005: 628)

Nesse contexto, percebe-se que possuímos um modelo institucional obstétrico que permite a estruturação do poder patriarcal, facilitando a incidência da violência durante a assistência ao parto, conforme veremos a seguir.

A resistência feminista da década de 1970, no Brasil, levou para a política a discussão sobre os direitos das mulheres, além de demandar do Estado, políticas públicas que coíbam a violência contra a mulher. Embora o movimento feminista tenha ganhado mais visibilidade a partir dessa data, a resistência ao controle sobre os corpos femininos sempre existiu no Brasil. (BANDEIRA, 2009: 402-403)

Como fora exposto anteriormente, há um processo de reificação dos corpos das mulheres, que, no discurso médico, se inicia desde as primeiras consultas ginecológicas, ainda na adolescência. O Estado regula o corpo feminino, restringindo o acesso ao aborto seguro às mulheres pobres, impondo-lhes a maternidade compulsória e submetendo, todas nós, a um saber médico e científico que não considera os nossos corpos. (FERREIRA e OLIVEIRA, 2016: 3)

Com o processo de colonização, foi institucionalizado a hierarquia entre os grupos sociais, onde somente o homem-branco-heterossexual-cristão-letrado era considerado cidadão, ficando as mulheres e as populações indígenas e negras à margem da população, com menos direitos a participação social; com menos acesso a língua e ao letramento oficial, e sem o reconhecimento de seus direitos e modos de viver. (FERREIRA e OLIVEIRA, 2016: 2)

A questão do letramento é de fundamental importância, visto que a produção do conhecimento e o acesso a ela são fundamentais nas hierarquias entre os grupos sociais. A produção de conhecimento científico da sociedade ocidental se mantém em um único paradigma, a do europeu branco, sendo rejeitada toda forma de conhecimento produzido por aqueles que estavam fora desse padrão. (FERREIRA e OLIVEIRA, 2016: 2-3)

Não se admite, ainda hoje, na ciência médica, as técnicas advindas da produção de conhecimento informal, indígena e negra, sendo possível sua utilização somente em conjunto com a medicina oficial. Embora, institucionalmente, o Estado combata o racismo e o sexismo, há uma disfunção de cunho estrutural que legitima a violência contra as mulheres negras e indígenas, permitindo que “a hipersexualização e a desumanização sejam práticas comuns nas distintas áreas sociais e acarretem na ausência de direitos e maior vulnerabilidade social desses grupos”. (FERREIRA e OLIVEIRA, 2016: 4)

As mulheres, por séculos, foram estudadas a partir de um paradigma masculino, onde havia somente ‘um sexo’, sendo as mulheres ‘não-homens’. As mulheres brancas, negras e indígenas não eram tidas como sujeito de direitos, mas como um ser reprodutor, ‘homens invertidos’, menos desenvolvidos, imperfeitos. Mesmo assim, as mulheres negras e indígenas tinham ainda menos direitos que as mulheres brancas, não sendo reconhecidas sequer como seres humanos, o que resultou em uma maior vulnerabilidade social dessas mulheres atualmente e que reflete nos índices de violência (FERREIRA e OLIVEIRA, 2016: 4)

Nesse sentido, a violência obstétrica pode ser entendida como o resultado de uma relação de poderes ligados ao regime hierárquico de gênero. Quanto ao conceito de hierarquia de gênero, vemos que a sociedade ainda é regulada por valores patriarcais de controle a reprodução e a sexualidade feminina, onde a mulher deve ser mantida em posição de subordinação. Os discursos morais tratam a maternidade como um sacrifício, restringem a sexualidade feminina e têm uma visão da mulher como inferior e dependente do homem. (SANCHEZ, 2014)

Logo, todas as dimensões da violência obstétrica são mantidas por relações de poder, seja: do profissional com o paciente – que se utiliza da autoridade do saber científico para estabelecer uma microrrelação de poder; ou do conjunto dessas microrrelações que são institucionalizadas e legitimadas nas instituições de ensino e maternidades, perpetrando a violência tanto de forma individual quanto de forma coletiva; ou, também, do poder da dominação masculina sobre as mulheres, que se estrutura de diferentes formas, a depender das características específicas dos grupos em que elas se encontram.

É sobre essas vulnerabilidades particulares que tratarei no próximo capítulo. A violência institucional ocorre, essencialmente, por práticas discriminatórias de gênero, etnia e posição social. Por isso, há uma concentração da violência em maternidades públicas, tendo em vista a precariedade de recursos do SUS e a maior vulnerabilidade das usuárias que, em sua maioria, possuem baixa escolaridade, renda e pertencem a grupos étnicos minoritários.

## **CAPÍTULO 2 – MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNA: QUEM SÃO AS MULHERES?**

A imagem que ainda se tem do parto natural é que, após a passagem do bebê, a sexualidade da mulher e de seu parceiro seria comprometida, como se o parto fosse um estupro reverso, causador de um dano definitivo a função sexual da mulher. Temos então dois cenários: a da episiotomia de rotina e não baseada em evidências no parto vaginal; e a da cesárea eletiva e pré-agendada nos serviços de saúde privado. (DINIZ e CHACHAM, 2006:87)

Segundo DINIZ e CHACHAM (2006), as mulheres brasileiras são submetidas a dois tipos de corte: ‘o corte por cima’ (cesárea) e ‘o corte por baixo’ (episiotomia).

No atendimento do SUS temos um modelo que se aproxima mais do parto fisiológico, porém repleto de rotinas desnecessárias que transformam o parto em um evento doloroso, traumático e não natural. É na rede pública que as mulheres, em sua maioria pobres e negras, tendem a receber a episiotomia. Em 94,2% dos partos vaginais hospitalares no Brasil, entre 1995 e 1998, foram realizadas episiotomias (DINIZ E CHACHAM, 2006: 85), sendo que a OMS recomenda uma taxa de somente 15% a 30% desse procedimento.

A episiotomia desnecessária é considerada como uma forma de mutilação genital, interferindo diretamente na qualidade da vida sexual da vítima. Frequentemente ela vem acompanhada com insultos e outras intervenções igualmente violentas. Esse tipo de parto foi intitulado pelas autoras Maíra Ferreira e Elismênnia Oliveira, como “partos de cor”. Enquanto os partos chamados de “partos brancos”, são uma opção de fuga à episiotomia de rotina. Cerca de 84% das mulheres de classe média, asseguradas por seus convênios médicos, recorrem a cesáreas eletivas como a solução para um parto substancialmente violento. (DINIZ e CHACHAM, 2006: 89 e FERREIRA e OLIVEIRA, 2016: 9)

Esse fenômeno evidencia os marcadores de classe e raciais, além do marcador de gênero, na assistência obstétrica brasileira, desde o parto vaginal repleto de intervenções para acelerar o parto nas maternidades públicas, às cesáreas programadas nas maternidades privadas que privilegiam a comodidade do obstetra, até a criminalização do aborto que é uma das principais causas da elevada taxa de mortalidade materna no Brasil.

(FERREIRA e OLIVEIRA, 2016)

Na segunda metade do século 20, o modelo de assistência obstétrica já era industrializado e mecanizado, privilegiando o uso da tecnologia em detrimento do cuidado ao ser humano. As mulheres que viviam em áreas urbanas já davam à luz em hospitais, sozinhas, conscientes, porém imobilizadas, com as pernas abertas de forma a facilitar o trabalho de quem estava a assistindo. (DINIZ, 2005: 629 e Rattner, 2009: 595)

Nesse período foram institucionalizadas as rotinas de assistência ao parto, entre elas, “a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia)”. Esse procedimento que foi criado para prestar um atendimento melhor à parturiente, diminuindo seu sofrimento, hoje, por ser usado de forma indiscriminada, impede o Brasil de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna. (DINIZ, 2005: 629)

Falar em *humanização* é também uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da *violência* de gênero e demais *violações de direitos* praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde. (DINIZ, 2005: 633)

A humanização do parto tem como objetivo principal implementar uma assistência obstétrica fundamentada no respeito à fisiologia da mulher e do feto. DINIZ (2002), explica que as diversas intervenções realizadas em um parto, sem a análise individual, levam ao procedimento de mais intervenções. O abuso da medicalização sem fundamentos científicos aumenta os riscos de morbimortalidade materna e neonatal, especialmente entre mulheres em situações de maior vulnerabilidade.

## **2.1 Modelo de assistência obstétrica: violações de direitos e hierarquia de gênero**

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), morte materna é a morte de uma mulher que durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (CID-10, 2000).

Os fenômenos da mortalidade e morbidade materna envolvem, para além da saúde, aspectos jurídicos, éticos e sociais. O Estado, embora tente arrefecer as taxas de morbimortalidade materna, encontra empasse no modelo de assistência à saúde que

possuímos no país. A baixa qualidade dos serviços e a dificuldade de acesso pleno a saúde, contribuem para que essas mulheres virem estatística.

Um dos atributos sociais que tornam essas mulheres vulneráveis e suscetíveis a uma má assistência a saúde é a chamada dominação masculina, explorada e explicada por Bourdieu. Para ele a oposição entre os sexos<sup>12</sup>, em que a vagina é o negativo/inverso do falo, impõe a ideia de que enquanto o homem é forte e ativo, a mulher é fraca, passiva e submissa (BOURDIEU, 2014: 33-34). Essa submissão e fragilidade da mulher em relação ao homem cria uma hierarquia, onde a ordem do homem sobrepõe a da mulher, contribuindo para a exclusão das mulheres de certos lugares sociais.

As mulheres, independentemente de sua posição social, estão “separadas dos homens por um coeficiente simbólico negativo que, tal como a cor da pele para os negros, ou qualquer outro sinal de pertencer a um grupo social estigmatizado, afeta negativamente tudo que elas são e fazem” (BOURDIEU, 2014: 130). Se estão juntas por pertencer a um mesmo grupo que enfrenta diariamente a pressão de uma sociedade patriarcal e dominada por homens, permanecem “separadas umas das outras por diferenças econômicas e culturais que afetam, entre outras coisas, sua maneira objetiva e subjetiva de sentir e vivenciar a dominação masculina”. (BOURDIEU, 2014: 131)

A passividade feminina foi um sentido construído em torno das mulheres presentes na produção dos meios acadêmicos, inclusive na produção do saber médico. Isso promoveu um discurso que restringe a autonomia da mulher, “em nome de sua natureza ‘pueril’ e tola”. (BOURDIEU, 2014: 122)

Essa dominação masculina, tanto combatida pelo feminismo, acaba sendo reproduzida nas diversas formas de saber, inclusive na medicina, sendo um dos fatores que dão causa à mortalidade materna, devido às restrições impostas à autonomia reprodutiva feminina.

Flávia Biroli apresenta, em seu artigo *Agentes Imperfeitas*, a dicotomia que vivemos atualmente no Estado democrático e moderno, entre valores que se opõe, de uma moral baseada na autodeterminação e uma moral baseada na obediência (BIROLI, 2012: 8). Biroli aborda algo comum nas críticas feministas, embora as mulheres sejam agentes autônomas de suas vontades, essas nem sempre são dissociadas dos padrões opressivos de socialização que reproduzem uma moral que valoriza a obediência. Assim, o exercício

---

<sup>12</sup> Importante destacar que a oposição entre os sexos é uma construção cultural e não biológica sobre os corpos sexuados, ou seja, como a cultura olha os corpos e define os conceitos e as funções de suas diferenças.

de nossa autonomia fica limitado, especialmente em situações onde “não há coerção, mas há constrangimentos sistemáticos”. (BIROLI, 2012:9)

Esses constrangimentos sistemáticos – cesárea por dissuasão, impedimento da entrada do acompanhante ou a cobrança de taxas extras, procedimentos vexatórios, ofensas, omissão de informações prestadas em linguagem pouco acessível, procedimentos dolorosos, não utilização de analgesia quando requerida, entre outros – permeiam o modelo de assistência obstétrica atual, resultando na violação dos direitos das mulheres.

Na pesquisa realizada por Simone Diniz e Denise Chacham, sobre o abuso das cesáreas e episiotomias em São Paulo, as autoras relataram que o principal argumento utilizado pelos profissionais da saúde para as intervenções cirúrgicas no parto é a crença de que o parto vaginal natural “torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher”. (DINIZ e CHACHAM, 2006: 86)

O parto vaginal é tratado pela equipe de assistência ao parto como um evento de alto risco à saúde da mulher, sendo que a literatura mostra que a episiotomia de rotina, causa maior trauma ao períneo, do que as pequenas lacerações ocasionadas pelo parto vaginal sem intervenções cirúrgicas.

A preocupação médica quanto a preservação dos tônus vaginais é machista, tendo em vista que o principal objetivo em se manter a vagina ‘original’, não é a satisfação sexual da mulher após o parto, mas a satisfação do parceiro.

A preservação da vagina ocorre de duas formas: para as mulheres brancas e de classe média, atendidas pelo setor privado de saúde, a preferência do obstetra é pela cesárea, enquanto as mulheres negras e pobres, atendida pelo SUS, são submetidas a episiotomia. Essa distinção entre as práticas cirúrgicas evidencia um problema racial e de classe social dentro da questão de gênero.

As mulheres se submetem a esses procedimentos por acreditarem que têm real necessidade e por confiarem que o médico, e os demais profissionais da saúde que as assistem, estão utilizando essas técnicas para protegerem sua saúde e a do bebê.

Por isso, o incentivo a humanização do parto, com “a prevenção de cesáreas e episiotomias desnecessárias e a promoção do parto normal vaginal com um períneo intacto” é impreterível para a mudança dos estereótipos de gênero relacionados a assistência ao parto. (DINIZ e CHACHAM, 2006: 89)

## 2.2 Autonomia e formação de preferências das mulheres: desigualdades e constrangimentos sociais

Com essas informações podemos visualizar a vulnerabilidade da mulher na ocasião da assistência obstétrica, e essa oposição de valores que Biroli fala entre a autonomia e a obediência é ilustrada na pesquisa relatada. Segundo Biroli:

a noção de autonomia vem funcionando como ideal moral, político e social, oposto respectivamente à autoridade e à tradição, ao paternalismo e ao perfeccionismo e, por fim, às pressões, influências e distorções por parte de outros agentes e de crenças e opiniões majoritárias. (BIROLI, 2012: 10)

A autora explica que o exercício da autonomia somente é possível se não houver coerção e subjugação, ou seja, a autonomia depende de ajustes entre a liberdade individual e o controle social, um determinado grupo de indivíduos não pode cercear o direito de outro grupo de definir como gostariam de viver e que vivam de acordo com suas preferências. É imprescindível à igualdade entre os gêneros que se produza normas e instituições que garantam a mulher o pleno controle sobre o seu corpo, sua sexualidade, capacidade reprodutiva e definição de vontades. (BIROLI, 2012:11-12)

A desigualdade entre os gêneros, impede a definição de preferências livres, visto que há uma imposição de vontades que reafirmam a subordinação e vulnerabilidade das mulheres. Essa hierarquia de gêneros silencia a voz das mulheres, que firma seus interesses a partir da posição masculina nessa relação de poder, reafirmando a ideia de que as mulheres são política, moral e eticamente incompetentes. (BIROLI, 2012:12)

Um exemplo disso é a taxa de cesáreas que temos no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, 55% dos nascimentos foram realizados por via cirúrgica, enquanto a OMS indica um percentual de 15% de cesarianas indicadas por razões médicas. Esses altos índices se justificariam se fossem uma escolha autônoma das mulheres, que não desejam sentir as dores do parto natural. Acontece que majoritariamente as mulheres indicam a preferência pelo parto normal. Como explicar então um índice tão elevado de cesarianas no país?

Simone Diniz e Alessandra Chacham resolvem essa questão. Segundo as autoras é ensinado na maior parte das escolas de medicina no Brasil um modelo intervencionista da obstetrícia. O parto é visto como um evento patológico, sendo dever do médico ‘curar’ a parturiente. Devido a má assistência no parto vaginal, repleto de intervenções, amparadas em uma técnica sem evidências científicas, que por vezes resulta no



comprometimento da saúde sexual dessa mulher no pós-parto. Assim, a cesárea é uma forma de fuga ao parto vaginal traumático (DINIZ e CHACHAM, 2006)

Então, mesmo se a escolha pela cesárea fosse unicamente da mulher, sem influência direta do obstetra, essa escolha já não seria autônoma, por estar contaminada por um modelo de assistência obstétrica opressor. Aliás, o poder exercido pelo conhecimento técnico do profissional, coloca a mulher em uma situação de desigualdade e acaba restringindo sua capacidade de autodeterminação (BIROLI, 2012: 16).

Em um modelo de assistência ao parto ideal a gestante/parturiente deve ser ativa nas escolhas de quais procedimentos será submetida, deverá participar do planejamento do parto, deverá ser apoiada e ouvida pela equipe de saúde. No Brasil, o modelo padrão ainda é distante desse modelo ideal, somente uma pequena parcela da população feminina (mulheres majoritariamente brancas e de classe média e alta) encontrou autonomia em relação aos seus direitos reprodutivos, para buscar uma alternativa à cesariana eletiva e à má qualidade de assistência ao parto vaginal. Enquanto isso, a maioria das mulheres brasileiras continuam sendo submetidas ao modelo padrão violador de direitos no atendimento obstétrico, em especial mulheres não brancas (PRANDO, inédito).

No Brasil, a taxa de mortalidade materna em 2014 era de 58,37 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos, sendo que apenas 30,36% desses óbitos são de mulheres brancas. Os dados da morbidade materna referente ao período de agosto de 2016, revela que somente 26,86% das mulheres internadas no SUS por morbidades maternas são brancas. Isso significa que mais de dois terços das mulheres quem vêm a óbito no Brasil, em razão de morbidades maternas, pertencem a minorias étnicas (negras, pardas e indígenas). Mais adiante veremos que essas mulheres não-brancas também pertencem a outros grupos de vulnerabilidade social, o que amplia a sua exposição a violência.

Retomando a visão de Bourdieu, que introduziu o capítulo, sobre as hierarquias de gênero, mesmo que as mulheres possam ser colocadas em um mesmo grupo (gênero feminino), por enfrentarem e vivenciarem de forma semelhante essas relações de poder e dominação masculina, elas se organizam em outros grupos diferentes do gênero, como a posição na sociedade, classe social, nível de escolarização e raça. Todos esses fatores em conjunto determinaram “suas chances de atingir as condições ou desenvolver as capacidades necessárias à autodeterminação” (BIROLI, 2012: 17).

Um indivíduo só pode ser autodirigido se consegue estabelecer desejos e valores para si, que seja livre de qualquer coerção, em um conjunto de opções e tem a expectativa

de alcançá-los, por ser competente. A autonomia impescinde o respeito às escolhas individuais de cada agente autodeterminado (BIROLI, 2012: 18-19).

Por isso, a abordagem feminista não pode tratar das mulheres como se fosse um grupo homogêneo, sem identificar outros marcadores sociais: a qual grupo étnico essa mulher pertence, qual o seu grau de escolaridade, sua posição e classe social. No estudo da violência obstétrica não pode ser diferente, qualquer mulher pode, potencialmente, ser vítima dessa violência, mas alguns grupos estão mais expostos.

O movimento pela humanização do parto busca essa autonomia às mulheres, de modo que elas definam suas preferências dissociadas de pressões ou constrangimentos, seja dos profissionais de saúde ou da sociedade. Nem sempre a mulher conseguirá ter uma agência plenamente autônoma, mas os atos de definição de preferências, ainda que imperfeitos, não devem ser descartados.

As mulheres, sofrem uma dupla dominação: a da autonomia de vontade e a dos corpos. As relações de poderes assimétricas têm também os corpos femininos como objetos dos padrões estruturais de gênero. Esse corpo feminino, constitui uma parte significativa da identidade das mulheres, ele é o responsável pela reprodução, e é ele que será afligido pela morbimortalidade materna.

### **2.3 Mortalidade e morbidade materna: indicadores da desigualdade do atendimento obstétrico**

#### a) Dados sobre a mortalidade materna<sup>13</sup>:

A pesquisa foi realizada no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, os dados são referentes a notificação de óbitos maternos declarados totais (com causas diretas, indiretas e não especificadas) em todo o Brasil no ano de 2014.

Ao todo foram 1.739 mortes em um total de 2.979.259 nascidos vivos, o que corresponde a uma taxa de aproximadamente 58,37 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos, um percentual ainda elevado se considerarmos as recomendações da OMS 35 mortes a cada 100.000 nascimentos com vida. Nos países considerados

---

<sup>13</sup> Os dados foram retirados do sítio do DataSUS que é abastecido pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Censo IBGE 2010.

desenvolvidos essas taxas chegam a ser inferiores a 20 mulheres para cada 100.000 nascidos vivos.

O Brasil reduziu, entre os anos de 1980 e 2008, 63% das mortes maternas, sendo reconhecido como o país com maior redução percentual desse período (TEMPORÃO, 2010). Entretanto, no período entre 2000 e 2015, o país não atingiu a meta estabelecida pela ONU, no ano 2000, no documento *Objetivo de Desenvolvimento do Milênio*. Era esperado que até 2015 o Brasil conseguisse reduzir em até três quartos a taxa de mortalidade materna, contudo, essa redução foi de apenas 45%, assim como a taxa de redução da mortalidade materna a nível global. Na América Latina essa redução foi de 40%, ainda distante da meta estabelecida. (ONU, 2015).

Embora a redução das mortes maternas nas últimas duas décadas tenha sido considerável, ela não atingiu diretamente as mulheres negras e indígenas, que ainda são as mais atingidas pela mortalidade materna. Isso explica o arrefecimento da queda das taxas de mortalidade materna nos últimos 5 anos. Assim, a falta de políticas públicas voltadas especificamente para esses grupos tende a impedir que essa taxa continue decrescendo.

Em um país de dimensões continentais, não é possível ignorar os índices regionais. Dessas 1.739 mortes, 253 ocorreram na Região Norte, 594 no Nordeste, 610 no Sudeste, 149 no Sul do Brasil e 133 no Centro-Oeste. Embora a região Sudeste apresente o maior número de mortes maternas, ela também apresenta o maior número de nascidos vivos: 1.182.949, ou seja, quase 40% dos nascimentos no país acontecem nessa região. Assim, sua taxa de óbito por nascido vivo não é tão elevada, são 51,56 mortes a cada 100.000 nascimento com vida. A região com o índice mais alto de óbitos maternos é a região Norte, que possui uma taxa de 78,64 falecimentos a cada 100.000 nascidos vivos, seguida do Nordeste com 71,30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos. A região Sul é a que apresenta o menor índice, também o mais próximo da meta, são 37,58 óbitos maternos a cada 100.000 nascimentos com vida, enquanto o Centro-Oeste ainda apresenta uma taxa próxima da brasileira, 54,26 mortes a cada 100.000 nascidos vivos.

O então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em audiência pública realizada em maio de 2010, cujo tema tratava sobre a redução da taxa de mortalidade materna, meta nº 5 nos *Objetivo de Desenvolvimento do Milênio*, explicou que devido as “grandes desigualdades entre as regiões do país”, as taxas de mortalidade entre as regiões mais desenvolvidas conseguiram se aproximar da meta, enquanto as taxas do Norte, Nordeste e Centro-Oeste permanecem elevadas. Ele informou também que o

aperfeiçoamento do sistema de monitoramento de óbitos tem solucionado o problema de subnotificações de óbitos<sup>14</sup>, o que, por fim, resulta no incremento das estatísticas nessas últimas regiões (TEMPORÃO, 2010).

Mas afinal, quem são essas mulheres? Cerca de 64,86% dos óbitos maternos em 2014 eram referentes a mulheres negras e pardas, o que corresponde a 926 mulheres pardas e 202 mulheres negras. Entre as pardas, a maior concentração de mortes foi na região Nordeste, com 384 casos. Já entre as negras, houve um maior número de mortes no Sudeste, com 88 ocorrências. Todavia, ao somarmos o número de mulheres negras e pardas, o Nordeste apresenta o maior número de mortes: 453, o que representa 26,04% no número total de mortes maternas no Brasil e 40,15% dos óbitos maternos entre pardas e negras, um número bastante elevado se levarmos em consideração que somente 27,96% dos nascidos vivos nesse período nasceram nessa região.

No ano de 2014, o número de mulheres pardas e negras que vieram a óbito, somente no Nordeste, correspondem quase ao total de mulheres brancas que faleceram em decorrência da gravidez, parto ou pós-parto em todo o Brasil: 528 óbitos maternos. Isso indica um elevado índice de mortalidade materna entre as mulheres negras e pardas.

A morte materna é uma das principais causas de mortes da população feminina negra, isso ocorre em decorrência da evolução de morbidades que são agravadas ou “o tratamento é dificultado pela falta de acesso aos serviços de saúde ou má qualidade da atenção” (MARTINS, 2004: 9)

A partir do Censo 2010 do IBGE pude coletar algumas informações que julgo ilustrar melhor as diferenças raciais entre as mulheres. Em 2010, dos 2.662.166 nascidos vivos, 41,40% nasceram de mães brancas, enquanto 56,56% nasceram de mães negras e pardas, se ignorarmos a presença de nascimentos múltiplos, vemos que a proporção entre parturientes brancas e negras e pardas não se difere muito. Contudo, quando analisamos as mortes delas, esse número se difere em mais de 24%. No ano de 2010, 34,61% dos óbitos maternos eram de mulheres brancas, contra 58,87% entre pardas e negras.

No Censo Demográfico de 2010, a população feminina com mais de 25 anos era de 57.741.199, entre elas 29.454.661 brancas e 27.364.064 pardas e negras. Entre as mulheres brancas: 41,02% não possuía instrução ou só havia cursado o ensino fundamental incompleto; 14,28% havia cursado o fundamental completo e o ensino médio incompleto; 26,68% havia cursado o ensino médio completo e 17,72% cursaram o

---

<sup>14</sup> Segundo dados do IBGE há uma estimativa de 16,55% de óbitos não declarados.

ensino superior completo. Entre as negras e pardas, o grau de escolarização entre o ensino fundamental e médio completo são semelhantes aos das brancas (14,52% cursaram o fundamental completo e ensino médio incompleto e 23,23% cursaram o ensino médio completo e ensino superior incompleto), são nos dois extremos que elas se diferem das mulheres brancas.

Um percentual de 55,22% das mulheres negras e pardas não possuem instrução ou completaram o ensino fundamental, isso corresponde a um percentual de 12,24%<sup>15</sup> a mais de mulheres pardas e negras não escolarizadas do que mulheres brancas. Esse índice se inverte, e em maiores proporções, ao falarmos das mulheres negras que completaram o ensino superior, somente 6,71% dessas mulheres conseguiram concluir a faculdade, o que corresponde a 47,96%<sup>16</sup> menos mulheres negras e pardas diplomadas do que brancas.

Esses dados reforçam a ideia de que mulheres não brancas são mais vulneráveis a sofrer violência obstétrica, a morrer em razão da má assistência hospitalar, são elas, majoritariamente, as usuárias do Sistema Único de Saúde. Talvez a cor de suas peles não determine como irão morrer, mas influencia a forma como vão viver, como serão assistidas e a que tipo de educação e informação terão acesso.

No relatório final da CPI das mortes maternas no Brasil, produzido pela Câmara dos Deputados, foi identificado que as mulheres de baixa renda, com pouca escolaridade e sem ocupação definida são mais suscetíveis a serem vítimas do óbito materno. Os estudos realizados mostraram que quase dois terços das vítimas de morte materna possuíam baixa escolaridade, sendo o percentual de analfabetas superior aos índices nacionais de analfabetismo.

Para que a coleta de dados fosse feita a nível nacional, foram instituídos Comitês de Morte Materna Estaduais para auxiliar nas investigações das razões da elevada taxa de óbito materno. Assim, o Comitê de Morte Materna do estado do Paraná realizou uma análise interessante, encontrando “o coeficiente médio de óbito por escolaridade, tendo encontrado um risco de 202,5 por 100.000 nascidos vivos em pacientes sem escolaridade, diminuindo para 69,2; 30,5 e 38,2 por 100.000 nascidos vivos para pacientes com 1º, 2º e 3º graus respectivamente” (Câmara Legislativa, 2001:45).

---

<sup>15</sup> Esse percentual foi calculado a partir da diferença entre mulheres brancas e negras sem instrução ou que não completaram o ensino fundamental.

<sup>16</sup> Esse percentual foi calculado a partir da diferença entre mulheres brancas e negras que concluíram o ensino superior.

O baixo índice de escolaridade entre as vítimas reflete no fator renda/ocupação. Segundo dados obtidos na CPI, a ocupação da maioria dessas mulheres era do lar, estudante ou pensionista, sendo que um terço das famílias das vítimas recebiam menos que três quartos de um salário mínimo por pessoa. A baixa renda também influencia na saúde dessa mulher, podendo, inclusive, aumentar os riscos gestacionais pela falta de uma nutrição adequada. Além disso, por essa mulher não deixar nenhum legado de direito e, por vezes, morar em área rural, sua morte poderia ser subnotificada mais facilmente. (Câmara Legislativa, 2001:45).

Em uma análise realizada pela CPI em amostra nacional, dois terços dessas mulheres dependiam exclusivamente do SUS, enquanto 21,3% eram vinculadas a planos de saúde (Câmara Legislativa, 2001:46). Diante desse recorte é possível concluir que as mulheres que mais morem em decorrência da gravidez são mulheres pobres, sem instrução e que dependem da assistência pública de saúde.

O estudo da mortalidade materna é complexo e envolve uma série de fatores, alguns já tratados aqui. No Brasil se analisarmos cada região veremos também diferenças entre a distribuição racial, o Sul tem uma população negra muito inferior ao Nordeste e um IDH consideravelmente maior, o que reflete inclusive na taxa de mortalidade materna na região (Martins, 2006: 2475).

Segundo dados do IBGE, a população de mulheres negras e pardas na região Sul do Brasil é inferior a 20%, enquanto a população de mulheres brancas corresponde a 79,25% da Região. Por esse motivo, a região Sul é a única em que não morrem mais negras e pardas do que brancas.

Em média, a cada brasileira branca que é vítima da morbidade materna, morrem 2,13 negras e/ou pardas. Esses grupos mais vulneráveis à mortalidade materna, são os mesmos que apresentam alto risco de morbidade materna.

Outro grupo de extrema vulnerabilidade a mortalidade materna no Brasil são as mulheres indígenas. Em 2014, 21 mulheres indígenas vieram a óbito em virtude do parto, contudo, foi registrado apenas 23.017 nascimentos indígenas com vida. Portanto, as mulheres indígenas apresentam uma taxa de 91,23 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos, um número muito superior a taxa nacional e que evidencia o grau de vulnerabilidade desse grupo étnico específico.

Elas apresentam uma taxa de mortalidade materna muito superior, em comparação às taxas de mortalidade de mulheres brancas e negras a cada 100.000 nascidos vivos, correspondente a 49,41 e 64,27 óbitos, respectivamente.

b) Dados sobre a morbidade materna:

A morbidade é a complicação que pode se dar na gravidez, podendo ser inclusive grave, severa ou ameaçadoras à vida. A morbidade é o estágio que precede a mortalidade materna, podendo a mulher sobreviver a essa ameaça à vida ou vir a óbito. Ela é mais frequente que a morte e seus dados indicam aos gestores de políticas públicas de saúde quais são os cuidados obstétricos básicos que as mulheres de determinada região necessitam (FIGUEIREDO, 2013: 42-44).

A morbidade materna grave, também chamada de *near miss*, “refere-se às mulheres que apresentaram uma complicação grave durante a gestação, o parto ou até 42 dias de puerpério, porém sobreviveram, por sorte ou pelos cuidados prestados” (VIANA, NOVAES e CALDERON, 2011:148).

Entre o principal fator da morbidade materna está a ausência de um pré-natal adequado. Embora o parto seja um evento natural, se não acompanhado por uma equipe de saúde, pode desencadear em situações patológicas. A dificuldade no acesso aos serviços de saúde, em suma, é ocasionada por fatores econômicos e socioculturais, mas, mesmo quando essas mulheres conseguem ter acesso a esse serviço de saúde, a precariedade do SUS, especialmente nas regiões mais pobres, impossibilitam uma assistência ao parto de qualidade.

Os dados dos casos de morbidade materna grave são mais precisos para identificar a violência obstétrica, visto que a mulher está viva e “é capaz de fornecer informações sobre as dificuldades que enfrentou e as repercussões desse evento a longo prazo”. As doenças que acometem as mulheres durante a gravidez podem resultar em transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto, disfunções sexuais, entre outras patologias derivadas da morbidade, que podem afetar a qualidade de vida dessas mulheres. Identificar os fatores que causam a morbidade materna é essencial para melhorar a assistência à saúde da mulher. (VIANA, NOVAES e CALDERON, 2011: 150).

Segundo dados do DATASUS, em agosto de 2016, foram internadas no Brasil, em razão de morbidades maternas, 167.853 mulheres, tendo como principais causas de morbidade o aborto, a hipertensão, infecções e hemorragias.

O aborto é a causa mais mal notificada de óbito materno, sendo que 11,4% das mortes maternas são em decorrência dele. O Brasil possui altos índices de realização de

aborto, com taxa médica de 2,07 abortos a cada 100 mulheres entre 15-49 anos, mais elevada do que em países europeus onde o aborto é legal e a taxa é de 1,1 abortos a cada 100 mulheres de 15-44 anos. (MENEZES e AQUINO, 2009: 195)

No início dos anos 2000, foram criados comitês de mortes maternas a nível nacional, cujo objetivo é identificar as causas de morbimortalidade em regiões específicas, registrar e analisar os dados coletados para, conseqüentemente, prevenir novas mortes. Esses comitês não possuem qualquer poder coercitivo e punitivo, o que permite que as informações colhidas sejam mais detalhadas e seguras (VENTURA, 2008: 222).

Há quem defenda que os comitês deveriam ter poder punitivo e coercitivo, baseado em uma ética deontológica. O agente que cometeu um ato ilícito deve sofrer a persecução penal. Todavia, o modelo atual que preconiza o sigilo de informações, beneficia a mais mulheres. Se o sigilo pudesse ser quebrado, poderia ocorrer um maior número de subnotificações e, assim, prejudicar o sistema de informação e monitoramento da morbimortalidade materna (VENTURA, 2008: 223).

Assim, as taxas de mortalidade, bem como as de morbidade, denotam:

a desigualdade no acesso à saúde e a exposição à morte de grupos de mulheres mais vulneráveis, de modo a exigir que a perspectiva de direitos das mulheres seja também atravessada pelos cortes de desigualdade que constituem *grupos de mulheres* e não apenas mulheres representadas homogeneamente (PRANDO, inédito).

O acesso à saúde dessas mulheres está diretamente interligado ao exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos, que devem ser garantidos pelo sistema jurídico. Nesse sentido, diversas normas internacionais, e, em consonância com elas, normas nacionais, foram redigidas para garantir o livre acesso à saúde e o pleno gozo dos direitos reprodutivos a todas as mulheres.



### **CAPÍTULO 3 - AS NARRATIVAS LEGAIS, DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICAS E O RECONHECIMENTO DAS DESIGUALDADES ENTRE MULHERES**

O Direito à saúde foi reconhecido como um direito fundamental da pessoa humana somente em 1948, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. A partir do reconhecimento desse direito, surgiram outros documentos internacionais que primam pela proteção dos direitos sexuais e reprodutivos, e que também são reconhecidos como direitos à saúde. (MATTAR, 2008: 75)

Os direitos sexuais e reprodutivos estão correlacionados com a concepção de autonomia da mulher, da liberdade de escolha da mulher dentro das possibilidades existentes para ela. Biroli, entende que “a autonomia é um desdobramento da reflexão sobre as bases das preferências e das identidades que são nela fundadas”. (BIROLI, 2012: 31)

Nesse sentido, há agência autônoma, mesmo que ela seja limitada por fatores externos de dominação social, basta que o indivíduo, nesse caso, a mulher, seja capaz de decidir como viverá sua vida e de participar das decisões que terão impacto sobre as suas vidas e coletividade. (BIROLI, 2012: 33)

É nesse contexto de autonomia que nasceram os direitos sexuais e reprodutivos, que tem como finalidade garantir às mulheres o pleno controle de seus corpos, sua vida e suas decisões.

Embora os direitos reprodutivos estejam legitimados nas normativas internacionais e nacionais, há críticas sobre o reconhecimento dos direitos sexuais que são explorados sempre em conjunto aos direitos reprodutivos e não de forma individual, o que dificulta o debate desses direitos (VENTURA, 2009: 20).

O direito reprodutivo é a garantia da mulher “de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão” (MATTAR, 2008: 61). Atualmente os direitos reprodutivos são reconhecidos nas normativas internacionais e nacionais, as quais serão analisadas nesse capítulo, e estabelece “um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana”. (VENTURA, 2004: 19)

Nesse último capítulo apresentarei algumas normativas internacionais e nacionais, que regulam o direito reprodutivo, e quais são as dimensões da violência obstétrica que são contempladas nelas.

As normativas de direito internacional tratam a violência obstétrica como uma das formas de violência de gênero e violação dos direitos humanos fundamentais, reconhecendo o dever dos Estados de garantir a mulher a autonomia de seu próprio corpo, de escolher a quantidade de filhos, o espaçamento entre eles e as formas de parto que lhe dão mais segurança.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde, reconhece que alguns grupos de mulheres (solteiras, adolescentes, pobres e de minorias étnicas) são mais vulneráveis a experimentarem esse tipo de abuso (OMS, 2014). Os dados de morbimortalidade materna apresentados no capítulo anterior comprovam a maior vulnerabilidade de mulheres que também estão inseridas em outros grupos minoritários, por isso, o Estado necessita aplicar políticas públicas que visem, além do combate a violência institucional, coibir a violência obstétrica a nível estrutural.

As atuais normativas brasileiras tratam a violência obstétrica, prioritariamente, a nível institucional, buscando uma reforma no modelo de assistência ao parto e a divulgação de informação às mulheres para promover autonomia das gestantes para elaboração de um plano de parto em conjunto à equipe de saúde.

Embora as normativas nacionais também busquem erradicar práticas de violência individual que também são institucionalizadas, não há uma promoção efetiva de políticas públicas que deem atenção às vulnerabilidades diversas dos grupos de mulheres.

### **3.1. Marcos do direito internacional**

Os direitos reprodutivos começaram a ser reconhecidos como direitos humanos na década de 1960 e 1970, dividido em dois movimentos diversos: o populacional e o das mulheres, respectivamente. O movimento populacional visava unicamente a redução do crescimento populacional, os métodos contraceptivos não eram vistos como instrumentos de libertação feminina, mas como uma forma de controle populacional. Enquanto o movimento de mulheres tinha como objetivo a liberdade sexual feminina, o direito sobre

o próprio corpo e a separação da sexualidade feminina da capacidade reprodutiva. (MATTAR, 2008: 67)

O movimento populacional neomalthusiano não objetivava de forma alguma a autonomia reprodutiva das mulheres, mas somente uma inversão da curva de crescimento, impondo as mulheres, especialmente as de países subdesenvolvidos, uma esterilização forçada<sup>17</sup>.

O direito à autonomia reprodutiva somente foi reconhecido pela I Conferência Internacional da Mulher, realizada no México em 1975. A Declaração da Conferência dispõe sobre o direito reprodutivo da mulher como forma de controle sobre o próprio corpo e garante o direito à maternidade opcional, permitindo a mulher uma decisão autônoma.

Em 1979, foi reconhecido pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher o direito da mulher de “decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o intervalo entre os nascimentos e de terem acesso à informação, à educação e aos meios necessários que lhes permitam exercer esses direitos”. (ONU, 1979)

Somente em 1984 o Brasil ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, mas com ressalvas, visto que o ordenamento jurídico brasileiro só passou a reconhecer a igualdade entre os gêneros após a Constituição Federal de 1988.

Apesar desses avanços na década de 70 sobre os direitos reprodutivos pela perspectiva dos direitos das mulheres, somente em 1993, na II Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, que os direitos sexuais das mulheres foram reconhecidos pela primeira vez.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, aprovada pela Organização dos Estados Americanos, que aconteceu em Belém do Pará em 1994, entende como violência contra a mulher qualquer ato ou conduta fundada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a

---

<sup>17</sup> A esterilização forçada também é considerada uma forma de violência obstétrica, pela agressão a integridade física da mulher e por cercear seu direito de escolha e planejamento reprodutivo.

mulher. Caracteriza-se a violência, também, se for perpetrada ou tolerada pelo Estado ou por um de seus agentes, bem como se ocorrer no âmbito familiar ou da comunidade. (CIDH, 1994)

A Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, foi decisiva na evolução dos direitos das mulheres, pois se reconheceu sua capacidade de tomada de decisão. Durante a preparação para a Conferência, foi criado um comitê nacional que elaborou a “Carta de Brasília” que reforçou a garantia à saúde integral da mulher, durante todo seu ciclo vital, e os direitos sexuais e reprodutivos. Um dos princípios da Declaração da Conferência é a progressão da equidade entre os gêneros, a emancipação da mulher e a erradicação de toda espécie de violência contra ela. (UNFPA, 1994)

De acordo com o documento final da IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim, que ocorreu em 1995, “a falta de atenção aos direitos reprodutivos da mulher limita gravemente suas oportunidades de educação e o pleno exercício de seus direitos econômicos e político” (ONU, 1995) Por isso, a Conferência Mundial da Mulher reafirmou a importância dos direitos reprodutivos e sexuais para que o casal ou a mulher tenham autonomia e livre direito de escolha quanto ao número de filhos, a frequência e o momento oportuno para tê-los.

Em 2000, foi redigido, durante a Assembleia Geral das Nações Unidas, o documento chamado Objetivos do Milênio. Dentre todos os objetivos previstos para o novo milênio, o que nos importa neste trabalho é o Quinto Objetivo: melhorar a saúde das gestantes. Por isso, a OMS, durante os anos 2000, fez recomendações ao Brasil para melhorar a assistência ao parto, diminuir as altas taxas de partos cirúrgicos e reduzir as altas taxas de mortalidade materna.

Em 2014, foi lançada a Declaração da OMS para Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. A declaração tem como objetivo fomentar o apoio dos governos para manter programas e melhorar a qualidade dos cuidados à saúde materna, buscando eliminar as práticas abusivas, de modo a aumentar a conscientização a respeito da assistência a gravidez, parto e pós-parto de forma digna e respeitosa.

A preocupação da OMS e de demais organismos internacionais com a saúde materna nos últimos anos é evidente. Nesse sentido, em 2015, a OMS lançou uma nova

Declaração sobre as taxas de cesárea, para que os Estados busquem garantir que as cesáreas sejam realizadas somente nos casos em que são necessárias. Nesse documento a OMS propõe que a classificação de Robson seja utilizada para identificar em quais casos o uso da cesárea é necessário. A declaração aponta ainda os riscos da cesariana de rotina, que são maiores em mulheres que possuem um acesso limitado a cuidados obstétricos. Esses riscos podem ser imediatos, bem como a longo prazo, afetando a saúde das mulheres, vindo a comprometer, inclusive, futuras gestações.

### **3.2. Lei nº 38.668 de 2007 da Venezuela: marco de legislações de países estrangeiros**

As mulheres latino-americanas estão entre as que mais sofrem com a violência obstétrica em todo o mundo. Segundo dados do relatório do Quinto Objetivo do Milênio, entre os anos de 1990 e 2013, a região apresentou uma diminuição da mortalidade materna de somente 40%, enquanto a média global foi de 45%, estando a frente somente do Caribe, cuja a diminuição da taxa de mortalidade materna foi de apenas 36%.

Embora a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres seja antiga, somente em 2007 surgiu a primeira lei que tipifica e define a conduta desse tipo de abuso à mulher.

A Venezuela foi a pioneira no assunto, e foi o primeiro país a reconhecer a violência obstétrica como forma de violência contra a mulher em legislação nacional. Após a Venezuela, alguns outros países, a Argentina, por exemplo, também a reconheceram como violência, mas não a criminalizaram, tal qual faz a lei venezuelana (PICKLES, 2015)

São condutas definidas como violência obstétrica, no artigo 51 da Lei Orgânica Venezuelana Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência:

- 1- Não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas;
- 2- Obrigar a mulher a parir em posição horizontal e com as pernas levantadas, quando há meios acessíveis para a realização do parto vertical;
- 3- Obstaculizar o apego precoce do bebê com sua mãe, sem causa médica justificada, negando-lhe a possibilidade de segurá-lo e amamentá-lo, imediatamente após o nascimento;
- 4- Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.
- 5- Praticar o parto por via de cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. (VENEZUELA, 2007)

Por ter sido o primeiro país a reconhecer a violência obstétrica como uma violação aos direitos reprodutivos e sexuais femininos, o conceito trazido no artigo 15 da lei é amplamente usado como definição da conduta pela literatura. No Brasil, tramita no Congresso Nacional um projeto de lei inspirado na legislação venezuelana, que embora preveja a possibilidade da responsabilização criminal do profissional de saúde, não tipifica condutas específicas.

### **3.3. Marcos normativos no Brasil**

A Constituição Federal de 1988, foi o instrumento normativo que marcou a transição ao regime democrático de direito e refez o pacto jurídico social, após a intervenção militar de 1964. A Carta Magna deu especial importância aos direitos fundamentais que, de acordo com José Afonso da Silva são: inatos, absolutos, invioláveis, intransferíveis e imprescritíveis. Os direitos humanos, próximo do que conhecemos hoje, nasceram com a revolução burguesa tendo como fundamento a natureza humana e, por não terem natureza patrimonial, são inegociáveis. Apesar de nem sempre serem exercidos, jamais podem ser renunciados. (SILVA, 2012: 181)

Os direitos fundamentais da pessoa humana estão expressos no artigo 5º da Constituição Federal e, logo em seu primeiro inciso, o dispositivo legal garante o tratamento igualitário entre homens e mulheres, o que apesar de ser garantido constitucionalmente, até então é uma igualdade formal, mesmo com alguns avanços legislativos nas últimas duas décadas. A Carta Política também garante que ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante e que as presidiárias terão assegurado o direito de permanecer com seus filhos durante o período de amamentação. O direito ao acesso à saúde, por sua vez, é assegurado nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Embora a garantia ao acesso à saúde seja uma obrigação exclusiva do Estado, a constituição permite que a iniciativa privada atue na assistência à saúde de forma complementar ao sistema único de saúde, nos termos do artigo 199 da CF/88.

O início da construção dos direitos humanos foi marcado pela negação da diversidade como instrumento para se atingir a igualdade, contudo, com o

amadurecimento do estudo dos direitos humanos, foi constatado que tratar o indivíduo de forma abstrata e genérica era insuficiente, sendo necessário enxergar as peculiaridades e especificidades do sujeito para que seja possível atingir a igualdade material e não meramente a formal (PIOVESAN, 2008 :888)

Por isso, foi necessária a criação de normativas que respeitassem as singularidades das populações de mulheres, reconhecendo a importância de ações afirmativas para as mulheres, a fim de atingir a igualdade entre os gêneros.

Após a Declaração dos Objetivos do Milênio em 2000, foram criadas diversas políticas públicas e textos legais pelo governo federal, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna; estimular a humanização do parto e a autonomia da mulher; além de fomentar meios para que a mulher se sinta mais segura durante todo o período reprodutivo.

a) Portarias:

Visando atender os Objetivos do Milênio, o Governo Federal lançou, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelecendo que “é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido” e os profissionais de saúde devem adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos a mulher e ao bebê, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001: 5-6)

O PHPN está estruturado nos seguintes princípios, trazidos no artigo 2º da Portaria/GM nº 569:

- a- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b- Toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado;
- c- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura;
- e- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2000)

O programa recomenda que seja realizada a primeira consulta do pré-natal até o quarto mês de gestação, sendo necessário no mínimo seis consultas de pré-natal ao longo da gestação e, pelo menos uma, no puerpério. Além disso, o programa estabelece alguns

incentivos financeiros ao município, para melhorar a assistência a gestante e parturiente na rede pública.

Em conjunto com o PHPN foi criado o SISPRENATAL, um sistema informatizado de informação e acompanhamento do pré-natal. O programa foi implementado formalmente em 2002, com a adesão de 3.985 municípios até dezembro de 2002. (Serruya, Cecatti e Lago, 2004: 1283)

A literatura demonstra que a insuficiência de consultas pré-natal é fator de risco para a mortalidade materna e neonatal, nesses casos, morbidades que poderiam ser facilmente detectadas, controladas e tratadas, como a hipertensão, tem sido uma das principais causas de morte materna. (Martinelli, et al, 2013: 57)

Em julho de 2011, por meio da portaria 1.459/11 do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha foi criada. Esse programa federal objetiva a melhoria da prestação dos serviços de saúde, implementando “uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). O programa já foi aderido por todos os estados e o Distrito Federal e garante às usuárias, entre outros direitos, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e homens, jovens e adolescentes, bem como, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial.

O Art. 5º do dispositivo legal preconiza a observação dos indicadores loco-regionais de morbimortalidade materno-infantil para a implementação da política pública. Como foi apresentado no capítulo anterior, entre os fatores que causam a morbidade e, por consequência, a mortalidade materna, estão: o acesso adequado aos serviços de saúde; a renda; a escolaridade; incluindo a possibilidade de uma nutrição adequada à gestação, que embora seja direito reconhecido pelo ordenamento jurídico brasileiro, é pouco efetivo quando a impossibilidade de nutrição está combinada com os fatores socioeconômicos citados.

No Brasil, há uma maior concentração de pobres e não-brancas nas regiões Norte e Nordeste. É também nessas regiões em que se têm as maiores taxas de mortalidade materna e um menor acesso ao pré-natal adequado. Por isso, o combate a morbidade e a mortalidade materna precisa ser realizada de forma local, mas com o amparo de recursos do governo federal.

Como apresentado no segundo capítulo, as regiões do Norte e Nordeste ainda apresentam uma taxa elevadíssima de mortalidade materna: 78,64 e 71,30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos, respectivamente.



A literatura mostra que há uma melhor adequação ao pré-natal em áreas urbanas e em gestantes com renda familiar mais alta, o que contribui para as maiores taxas de morbimortalidade entre mulheres que vivem em situação precária. Assim:

a falta de adequação da assistência pré-natal está associada à baixa renda, assim como a outros fatores que indicam a persistência de desigualdade social, evidenciando que os grupos socialmente mais vulneráveis têm pior acesso ao serviço pré-natal. (MARTINELLI, et al, 2013: 62)

É a partir do conhecimento das causas que geram o risco relacionado a mortalidade materna que, torna-se possível o planejamento de ações governamentais para a reestruturação e melhoria da assistência à mulher.

Para que a Rede Cegonha tenha efetividade, é necessária a estruturação de um modelo organizacional que garanta as condições de acesso à assistência contínua à saúde da população feminina em idade fértil. Para isso, o texto da normativa prevê que o programa será de implementação municipal e estadual, podendo ter três tipos de adesão: regional – para o conjunto de municípios da região de saúde priorizada na CIB (Comissão Intergestores Bipartite da Rede Cegonha); facilitada – para os municípios que não pertencem à região de saúde priorizada na CIB e não aderiram ao PMAQ (Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade); e integrada – para os municípios com adesão ao PMAQ que estão previstos ou não na adesão regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em ambas as políticas públicas, a violência obstétrica é tratada no âmbito institucional, em que se busca a mudança de paradigma na assistência ao parto, dando especial atenção a importância do acompanhamento pré-natal como instrumento para a diminuição da morbimortalidade materna.

Elas visam também a participação da mulher no planejamento do parto junto à equipe de saúde, reconhecendo o direito de escolha da mulher. A Rede Cegonha supre uma lacuna do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, ao prever a utilização dos indicadores loco-regionais de morbimortalidade materno-infantil para a implementação da Rede. Assim, a normativa mais recente reconhece as necessidades específicas dos grupos de mulheres, a partir do recorte local, que, geralmente, incluiu um recorte econômico-social. Todavia, as normativas poderiam dar, também, atenção especial às vulnerabilidades de grupos étnicos que podem não ser percebidos nesses indicadores loco-regionais.

b) Resoluções:

Há uma preocupação latente do Estado em se proteger a dignidade e os direitos das mulheres de práticas institucionalizadas e danosas à saúde física e psicológica. Outro exemplo disso são as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde nº 368, de 06/01/2015, e nº 398, de 05/02/2016, que dispõem 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 complementar” (ANS, 2015); e “a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrias por operadoras planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes e sobre a obrigatoriedade de os médicos entregarem a nota de orientação à gestantes, respectivamente”. (ANS, 2016)

No Brasil, mais de dois terços dos nascimentos realizados no setor privado de saúde ocorrem por meio da cesárea. Embora as mulheres que são assistidas pela rede suplementar de saúde sejam mulheres com mais escolaridade e pertencentes a uma classe social mais elevada, isso por si só não significa que ela possui mais escolha.

A literatura aponta que a maioria das mulheres declaram preferir o parto vaginal, mas que, durante o processo de escolha do parto, as mulheres, que optam por uma assistência obstétrica privada, são induzidas a preferência pela cesárea. Isso, por motivos que vão desde uma estimativa exagerada de risco fetal à crença dos profissionais de saúde de que a cesárea é a melhor forma de preservação da genitália feminina. (DINIZ e CHACHAM, 2006: 84)

Com o objetivo de informar esse grupo específico de mulheres, bem como de garantir o direito à autonomia dessas mulheres, foram editadas essas Resoluções.

A primeira Resolução obriga a Operadora de Planos Privados de Assistência a Saúde, a informar a beneficiária o percentual de cirurgias cesarianas e de partos normais efetuados pelo médico requerido pela beneficiária. Nessa Resolução a ANS também regulamentou a utilização: do cartão da gestante – que deve conter a carta de informação à gestante, bem como os dados da gestante, e deve ser disponibilizado a gestante sempre que solicitado; do partograma – que deve conter no mínimo as informações indicadas pela OMS e, caso não for utilizado por motivos clínicos, deve ser substituído por um relatório médico detalhado.

A normativa foi editada para incentivar o parto normal, visto que vivemos em um período epidemiológico de cesáreas eletivas na assistência suplementar à saúde, e evitar

a cesárea desnecessária e agendada previamente, que coloca em risco a saúde materna e neonatal.

Nessa perspectiva, a segunda Resolução busca horizontalizar o atendimento obstétrico, estimulando a contratação de obstetras e enfermeiros obstétricos que poderão atender as pacientes que não apresentam risco, desencorajando a ideia de que somente o obstetra que acompanhou todo o pré-natal é apto para prestar a assistência a parturiente.

Diferentemente das normativas publicadas pelo Ministério da Saúde, sobre as políticas instituídas na assistência pública, as Resoluções da ANS não se baseiam em territorialidade, visto que a Agência regula operadoras e planos de saúde que possuem diversas abrangências, inclusive nacional, o que faz com que a regulação desse setor seja complexa. (RATNER, 2009: 762)

As normativas da Agência Nacional de Saúde têm como principal fundamento a reestruturação do atendimento institucional à parturiente, promovendo um sistema de atendimento ao parto que respeite as individualidades da mulher, suas preferências e que, também, promova a troca de conhecimento entre obstetras, enfermeiros-obstetras, doulas, gestantes e familiares.

c) Decreto:

Nesse mesmo sentido, foi emitido o Decreto 8.858/2016, de 27/09/2016, que veda o uso de algemas “em mulheres presas durante o trabalho de parto, no trajeto da parturiente entre a unidade prisional e a unidade hospitalar e após o parto, durante o período em que se encontrar hospitalizada”. (BRASIL, 2016)

O recente decreto, cuida de um grupo específico de mulheres em extrema vulnerabilidade, com necessidades e exigências específicas: as mulheres em situação de custódia do Estado.

O uso de algemas durante o parto de mulheres presas era rotineiro e comum. Mesmo sem a instituição do decreto, seus direitos fundamentais previstos na Constituição Federal já eram violados. Essa agressão existe, pois, as normativas constitucionais não são aplicadas. O decreto vem redizer o que já é garantido constitucionalmente, pela inefetividade das instituições em garantir esses direitos às mulheres presas. Entretanto, sua existência é importante para firmar as garantias constitucionais.

A edição de normativas específicas sobre violência obstétrica é fundamental para atingir sua dimensão estrutural e garantir direitos singulares de determinado grupo social, que não conseguem ser alcançados em leis genéricas.

As mulheres encarceradas demandam uma atenção especial do Estado, principalmente quanto aos direitos maternos como: o cuidado pré-natal, a assistência ao parto e ao pós-parto, bem como o direito a amamentação e cuidado dos filhos.

Veja que essas mulheres definem a reunião de marcadores de vulnerabilidades, em sua grande maioria são jovens, pobres e negras. Das mulheres que são presas já grávidas, a maior parte não iniciou um acompanhamento pré-natal ou estava em acompanhamento irregular por diversos fatores relacionados a essas vulnerabilidades pré-existente que associadas com a instituição prisional, intensifica a situação de fragilidade dessas mulheres, que tem sua maternidade desqualificada dentro do presídio. (DIUANA, et al, 2016: 2045-2047)

O decreto aborda um problema específico do uso de algemas durante o parto, impossibilitando a movimentação da parturiente e causando-lhe um constrangimento indevido. Contudo, a normativa, não reforça os direitos da mulher em custódia, que devem ser os mesmos de qualquer assistida pelo SUS, durante o pré-natal e no período de amamentação, fundamentais para a garantia de direitos maternos.

A literatura demonstra que há um excesso de violência institucional para essas mulheres. Mesmo que elas tenham acesso a assistência à saúde dentro da instituição prisional, “nem sempre há profissionais disponíveis para o atendimento fora dos horários de rotina, mesmo os atendimentos agendados nem sempre são cumpridos” (DIUANA, et al, 2016: 2047). Em alguns casos essas mulheres são transferidas para uma penitenciária mais próxima do serviço de saúde, mas que é longe da sua família, sendo que o atendimento fora da prisão são repletos de constrangimentos e discriminações, tanto pelos profissionais da saúde quanto por outras usuárias.

#### d) Lei Distrital:

No Distrito Federal, a Câmara Legislativa, por iniciativa do Deputado Distrital Wasny de Roure, criou a Lei nº 5.535, de 28 de agosto de 2015, que institui o Estatuto do Parto Humanizado no DF.

A Lei Distrital objetiva assegurar uma melhor assistência às mulheres em seu

período gravídico-puerperal tanto nas instituições públicas quanto nas privadas, incentivando o parto humanizado e a mudança de paradigma institucional. Em seu artigo 2º, o dispositivo legal define os direitos da mulher que serão respeitados no parto humanizado:

**Art. 2º** O parto humanizado compreende os seguintes direitos da mulher em seu período gravídico-puerperal:

I – ter a sua privacidade respeitada e ser tratada com dignidade;

II – ser ouvida, ter suas dúvidas esclarecidas e receber todas as informações e explicações que desejar, em especial as que impedem opção pelo parto normal, quando couber;

III – dispor de acompanhante de sua escolha, independentemente do sexo, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto;

IV – escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e, para o parto, ser incentivada a adotar posições como sentada ou de cócoras, mais favoráveis à boa evolução do parto;

V – ter acesso a métodos não farmacológicos para conforto e alívio da dor, como massagens, banhos, cavalinho, bola, entre outros;

VI – não ser submetida, bem como seu bebê, a intervenções e procedimentos desnecessários;

VII – receber apoio físico e emocional de doula durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, sempre que solicitar;

VIII – estando seu bebê sadio, ser-lhe facultado contato pele a pele precoce e prolongado com seu bebê logo após o nascimento e ser-lhe propiciadas condições para amamentação na primeira hora de vida, ainda no local do parto.

§ 1º A presença da doula deve ser considerada independente da do acompanhante e não acarreta ônus adicional à instituição.

§ 2º A atuação da doula (registro de ocupação nº 3221-35) tem como base as atribuições descritas pelo Ministério do Trabalho e Emprego. (DISTRITO FEDERAL, 2015)

A legislação Distrital inova ao reconhecer a importância da presença da doula<sup>18</sup>, se assim for da vontade da mulher, independentemente da presença do acompanhante. Garantindo, assim, que a mulher, apesar de estar em um ambiente estranho, possa ter pessoas familiares por perto para garantir o conforto e a segurança necessários para parir.

---

<sup>18</sup> Doulas são mulheres que prestam serviço a outras mulheres dando suporte físico e emocional, antes, durante e após o parto.

A humanização prevista na Lei Distrital supõe uma troca de saberes entre os profissionais de saúde e os assistidos, além de preconizar o trabalho em equipe de todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto.

A Lei Distrital enfoca em uma mudança de paradigma do atendimento obstétrico, que se distancia do modelo tecnocrático e se aproxima do modelo de humanização do parto que tem como base a medicina baseada em evidência (MBE). Essa mudança de paradigma implica no reconhecimento do corpo feminino como apto a dar à luz, em regra, sem a necessidade de qualquer intervenção.

O modelo tradicional de obstétrica, define o parto como um evento médico-cirúrgico de risco, enquanto deveria ser considerado como uma experiência pessoal, sexual e familiar.

A normativa, embora reconheça os direitos maternos e a liberdade de escolha da mulher, ainda trata o assunto de forma genérica, não fazendo distinção entre as violências enfrentadas em cada grupo de mulheres.

e) Leis Federais:

Um dos principais marcos legislativos brasileiros sobre os direitos maternos foi a Lei 11.108/2005, conhecida como a lei do acompanhante. A literatura médica e as pesquisas de saúde indicam que a presença de um acompanhante durante o parto apresenta inúmeros benefícios à parturiente e ao bebê, tais como:

menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto. Caso o nascimento seja por uma cesárea, os benefícios da presença do acompanhante incluem: diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno (CIELLO, et al, 2012: 64).

No momento do parto, a mulher se encontra em um momento de total vulnerabilidade, insegurança e medo, a presença de um acompanhante de sua escolha minimiza os medos e as inseguranças da parturiente, facilitando a progressão natural do trabalho de parto. Por isso, a lei garante a mulher que ela terá direito a um acompanhante

durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, seja no SUS ou na rede privada, mesmo que conveniada.

Embora a lei garanta a presença do acompanhante no pós-parto imediato, os hospitais têm como protocolo proibir a sua presença durante a recuperação da mulher, quando não deixam de garantir a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto ou cobram externamente para permitir um direito assegurado por lei.

Outro desrespeito à normativa, usual nas maternidades, especialmente nas públicas, é negar o acompanhante homem no período noturno, impossibilitando a mulher de ter seu companheiro ao seu lado e privando o pai de participar do nascimento de seu filho. Esse comportamento institucional reforça a ideia de que a mãe é a principal responsável pelo desenvolvimento de seu filho, minimizando a responsabilidade paterna.

Muitos hospitais no Brasil somente permitem a entrada de doulas como acompanhante, tendo a gestante que escolher entre o acompanhamento da profissional e a de um familiar.

A Lei do Acompanhante, trata sobre a falta de acesso da gestante de ser acompanhada por alguém de sua preferência que lhe dê segurança, o que ocasiona uma má prestação do serviço de atendimento ao parto.

Ao garantir a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a normativa prevê uma mudança institucional no modelo de atendimento à parturiente.

Embora a normativa preconize a livre escolha do acompanhante, ela não prevê, por exemplo, uma solução para o caso das mulheres usuárias da rede pública de saúde, que são internadas em leitos coletivos, que inviabiliza o acompanhamento noturno de acompanhantes homens.

Assim, para que a lei possa ter plena eficácia, é impreterível a identificação das características de cada grupo de mulheres assistidas, de forma a garantir à parturiente que a instituição hospitalar não cerceará seu direito ao acompanhamento.

No presente ano, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi reformado pela Lei nº 13.257/2016 (Estatuto da Primeira Infância), que dispõe sobre políticas

públicas para a primeira infância. Anteriormente a reforma o *caput* do artigo 8º do Estatuto assegurava a gestante, por meio do SUS, o atendimento pré e perinatal, enquanto os parágrafos 1º e 2º preconizavam o atendimento do parto pelo mesmo médico que acompanhou o pré-natal e o encaminhamento da gestante a diversos níveis de atendimento, obedecendo aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema. Após a mudança, a redação do artigo passou a ser a seguinte:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária.

2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade.

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto.

§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança. (BRASIL, 2016)

O Legislador, ao escolher reformar a normativa, reforça a ideia de autonomia reprodutiva, uma vez a assistência passa a ser assegurada a todas as mulheres,



possibilitando um planejamento reprodutivo a todas as mulheres em idade fértil e, às gestantes, uma atenção humanizada.

A autonomia reprodutiva disposta nas leis brasileiras, não tem como objetivo proporcionar a exclusiva liberdade das mulheres, visto que o direito brasileiro não admite o livre controle do corpo feminino pela mulher.

Um exemplo da restrição do autocontrole sobre o próprio corpo é a criminalização do aborto. Não é permitido à mulher o pleno controle sobre o seu sistema reprodutivo, uma vez que, a proibição do aborto, submete as mulheres a uma maternidade compulsória.

Assim, a autonomia reprodutiva prevista nas normativas nacionais, compreende, somente, uma política de diminuição dos constrangimentos institucionais em que as mulheres em processo reprodutivo são submetidas.

Nos parágrafos do artigo 8º, o direito de escolha e autonomia da mulher é legitimado, e foi retirado do texto as assertivas que promovem uma assistência obstétrica hierarquizada e dominante. A nova redação fomenta a mudança da assistência obstétrica tecnocrática para a humanizada.

O texto da lei prevê que toda mulher tem direito a assistência humanizada, que compreende o parto como “experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no ‘que fazer’ diante do sofrimento do outro humano” (DINIZ, 2005: 628). Nesse novo modelo, elementos antes indesejados, passam a ser quistos, tais como: “as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, as imprevisibilidades, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços” (DINIZ, 2005: 631).

Essa mudança de paradigma da assistência obstétrica se fundou no movimento da Medicina Baseada em Evidência, que preconiza que somente sejam realizadas intervenções que tenham evidência científicas que comprovam o seu benefício a parturiente e ao neonato.

Além disso, o sexto parágrafo, reafirma o disposto na Lei 11.108/2005, garantindo o direito da mulher a um acompanhante, de sua escolha, do pré-natal ao pós-parto imediato.

A Lei 13.257/2016, acrescenta ao ECA a assistência ao parto humanizado também às mulheres que se encontram em situação de privação de liberdade; bem como, garante a gestante e a mulher com filho na primeira infância, que se encontrem sob custódia do Estado, um ambiente que atenda às normas sanitárias e assistenciais do SUS para o acolhimento da criança, visando seu pleno desenvolvimento.

No último parágrafo da normativa, ela dá atenção especial a vulnerabilidade da mulher que se encontra em cárcere, garantindo às gestantes presas assistência pré-natal e às puérperas o direito de acompanhar a primeira infância de seus filhos.

A atenção do Estado a esse grupo de mulheres encarceradas que apresenta extrema vulnerabilidade à violência obstétrica é essencial para garantir a saúde materna das presas que é de total responsabilidade do Estado, visto que ele detém a custódia dessas mulheres. Para que isso seja alcançado, é necessário que seja proporcionado, ainda que em um ambiente violento como é o caso dos presídios, bem-estar físico, mental e social a gestante e puérpera, com a promoção de políticas públicas específicas.

#### f) Projetos de Lei:

O Projeto de Lei nº 7.633/14, apresentado pelo Deputado Federal Jean Wyllys, defende o direito da gestante à assistência humanizada durante a gestação, parto e puerpério, mesmo que em situação de abortamento, espontâneo ou provocado. Também, estabelece como diretrizes da assistência humanizada as recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento da OMS, e de outras normativas nacionais.

O Projeto define os direitos da mulher em processo reprodutivo, entre esses direitos<sup>19</sup> estão: a preservação de sua intimidade; autonomia e autoridade para decidir

---

<sup>19</sup> Art. 4º - Toda mulher, em relação à gestação, trabalho de parto, parto, abortamento e puerpério, tem direito: I – a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura; II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto; III – ao parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas e medicalizadas sem que haja uma justificativa clínica de acordo com o processo de saúde-doença da parturiente ou do concepto; IV – a ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos e das profissionais envolvidos no atendimento ao parto; V - a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas; VI – a ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da lactação e receber apoio para amamentar o recém-nascido desde a primeira meia hora de vida; VII - a não ser submetida a exames e procedimentos cujos propósitos sejam investigação, treinamento e aprendizagem, sem que estes estejam devidamente autorizados por Comitê de Ética para Pesquisas com Humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; VIII – a estar acompanhada por uma pessoa de sua confiança e livre escolha durante o pré-parto, parto e puerpério, nos termos da Lei no 11.108/2005; IX – a ter a seu lado o recém-

voluntariamente, como protagonista de seu próprio parto; informação sobre a evolução do parto, garantindo sua autonomia para autorizar a atuação dos profissionais em intervenções que tenham justificativa clínica; informação sobre a lactação; não ser submetida a exames que tenham como finalidade unicamente o treinamento e a aprendizagem; estar acompanhada de uma pessoa de sua confiança e livre escolha – novamente corroborando a Lei nº 11.108/2005; acompanhar continuamente o recém-nascido, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal; a elaboração de um Plano Individual de Parto; entre outros.

A definição de violência obstétrica do artigo 13 do Projeto de Lei é a mesma definição jurídica dada pela Lei Orgânica Venezuelana Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, em seu artigo 15.

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério. (BRASIL, 2014)

A proposta da normativa é a primeira a reconhecer, expressamente, a violência obstétrica como violência de gênero, tratando também questões de vulnerabilidades específicas, como disposto no inciso segundo do artigo 14. O dispositivo considera como ofensa verbal a mulher:

fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade. (BRASIL, 2014)

---

nascido em alojamento conjunto durante a permanência no estabelecimento de saúde, e a acompanhá-lo presencial e continuamente quando este necessitar de cuidados especiais, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

O Projeto, ainda, descreve um rol de condutas que são consideradas violências físicas ou psicológicas contra a gestante, parturiente ou puérpera, sendo a mulher em abortamento considerada parturiente, e qualquer coação que tenha como finalidade sua confissão, também é considerada violência. Esse rol de condutas é exemplificado no primeiro capítulo deste trabalho, referente a violência individual exercida pelo médico contra a parturiente. A possibilidade de punição dessas condutas trazida pelo projeto, também trata a violência obstétrica na dimensão individual.

Como uma das formas de erradicação da violência obstétrica, o §1º do artigo 17 estipula a responsabilização civil e criminal para os profissionais que praticarem atos de violência obstétrica. Contudo, não tipifica expressamente uma conduta lhe atribuindo uma pena. Além disso, o §2º prevê a aplicação de penalidades administrativas pelos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem.

Vemos aí uma preferência do legislador de punir as condutas de violação aos direitos maternos institucionalizadas, que é a causa das elevadas taxas de morbimortalidade materna no Brasil, combinada com fatores de discriminação de gênero, racial e social, na assistência ao parto.

Em contrapartida, o Projeto de Lei nº 2598/15, apresentado pelo Deputado Federal Marco Feliciano, dispõe somente a criminalização da violência obstétrica, punindo individualmente o profissional, não apresentando nenhuma forma de humanizar a assistência ao parto e combater a violência na esfera institucional e estrutural.

Art. 1º A violência obstétrica, praticada em toda a rede de assistência a saúde pública e/ou privada, passa a ser crime de constrangimento ilegal.

§ 1º Será considerada violência obstétrica o conjunto de condutas condenáveis por parte de profissionais responsáveis pelo bem estar da gestante e do bebê: - O desrespeito; o abuso de poder da profissão; o constrangimento; a privação do direito a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja emergência; a negligência, que poderá ser considerada também quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê.

Art. 2º O não cumprimento no disposto no Art. 1º desta lei incidirá nas penas previstas Art. 146, do Código Penal. (BRASIL, 2015)

Esse projeto, além de não enfrentar o problema institucional e estrutural da violência obstétrica, não define quais são esses conjuntos de condutas condenáveis e, caso fosse aprovado, não teria nenhuma ou quase nenhuma efetividade. Na Justificação do Projeto de Lei o Deputado explica que é imprescindível que o parto humanizado seja implantado em todo o país para evitar os abusos e violências que ocorrem na assistência ao parto.

O projeto apresentado a Câmara dos Deputados em 2015 não reconhece a violência obstétrica como uma violência de gênero. O texto sequer promove a autonomia das mulheres, tal qual faz o projeto apresentado pelo Deputado Jean Willys em 2014.

O problema de se criminalizar a violência obstétrica tão precocemente é que se punirá somente a conduta individual do profissional de saúde ou poderá, também, ser apropriada por pessoas contrárias ao modelo de parto não violento para criminalizar obstetras que se disponham a realizar partos humanizados, principalmente quando realizado em domicílio. Essa última hipótese já tem acontecido no Brasil, mesmo sem uma tipificação específica.

Como foi apresentado nessa investigação, a violência individual é a exteriorização de uma prática obstétrica institucionalizada, que, aliada com fatores estruturais como o gênero, a classe social e a etnia da paciente, criam demandas específicas de proteção a determinados grupos.

Nas normativas que já estão em vigor, vemos uma responsabilidade Estatal em redefinir os parâmetros de uma assistência obstétrica de qualidade, em sintonia com as declarações internacionais de direitos reprodutivos, sexuais e maternos. Contudo, por praticamente não explorarem as necessidades específicas das mulheres, sua aplicabilidade para reduzir os elevados índices de morbimortalidade materna fica comprometida.

Embora a maioria das normas enfatizem a noção de autonomia das mulheres, elas trabalham com a ideia de igualdade de vulnerabilidade entre todas as mulheres, não sendo estabelecidas políticas públicas que trate do tema com enfoque a grupos específicos. A exceção a essa regra é tão somente o Decreto 8.858/2016, de 27/09/2016 e o §10 do art. 8º da Lei Decreto 8.858/2016, de 27/09/2016 que tratam especificamente da vulnerabilidade da mulher em situação de custódia do Estado.

O Estatuto do Parto Humanizado do Distrito Federal é um avanço legislativo. Na Audiência Pública sobre a humanização do parto no SUS, realizada pela Câmara Legislativa do DF, ocorrida no dia 11/11/2016 na Capital Federal, foi falado sobre a

importância da lei na permissão da entrada das doulas e dos acompanhantes nas instituições de serviço público no Distrito Federal e os benefícios desse acompanhamento à parturiente.

Por fim, o Projeto de Lei nº 7.633/14 se mostra atualmente como o mais avançado texto legislativo sobre o tema, pois é o único que trata a violência obstétrica nas três dimensões e a reconhece como violência de gênero. Apresentando o ensino e a prática da humanização do parto, nas instituições de saúde, como a melhor alternativa ao combate ao atual modelo de atendimento ao parto: agressivo, por estar alicerçado no sistema atual de saúde<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Art. 24 - O Poder Executivo Federal, em conjunto com instituições de ensino e de saúde, e entidades representantes da sociedade civil, devem praticar regularmente as estratégias promovidas pela Organização Mundial de Saúde, segundo compromissos nacionais e internacionais de promover os direitos humanos e de executar metas de Pactos pela Vida e de redução da mortalidade materna e perinatal.

§ 1o - São estratégias prioritárias a qualificação e a educação permanente de profissionais para promover uma assistência obstétrica de qualidade e realizada por pessoal qualificado.

§ 2o - O parágrafo primeiro do artigo 24 desta Lei não exclui o direito de opção da mulher por um parto domiciliar, devendo os profissionais e os serviços de saúde atender a mulher e a seu neonato em casos de complicações e sempre que solicitados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é reconhecida como uma violação dos direitos reprodutivos da mulher, em que a mulher assume o lugar social de mãe, sendo vítima de uma estrutura patriarcal e desigual de direitos. É uma questão fundamental de gênero onde mulheres e homens não possuem a mesma autonomia e liberdade dentro do mesmo contexto social. Torna-se, então, natural a violência à mulher parturiente, invocando-a como procedimentos necessários ao parto.

No primeiro capítulo dessa pesquisa, foi trabalhado as formações das relações de poder que sustentam a violência obstétrica. Sendo que a violência individual sempre ocorre fundamentada: em uma violência institucionalizada do conhecimento tecnocientífico, onde a relação entre o profissional de saúde e a paciente é hierarquizada; e, em uma violência estrutural, onde há exercício do poder por meio das relações hierárquicas de gênero.

Essas práticas obstétricas agressivas, em sua maioria, têm como pilar argumentos misóginos e machistas que tornam a mulher passiva em toda assistência ginecológica e obstétrica ao longo de sua vida. Como alternativa a essa dominação masculina sobre o corpo feminino, a Medicina Baseada em Evidência propõe um modelo humanizado de assistência ao parto que identifica as singularidades de cada gestante e assegura sua autonomia durante todo o processo reprodutivo.

No segundo capítulo, foi demonstrada a estruturação dessa violência, e a seletividade das vítimas. Mulheres negras, pobres, com baixa escolaridade e mais novas são mais vulneráveis a sofrerem procedimentos vexatórios e indesejáveis. São também elas que têm menor acesso aos serviços de saúde, o que colabora para os altos índices de morte materna nesses grupos.

Assim, é imprescindível a criação de normativas que tenham como objetivo a proteção dessas mulheres, de forma que elas tenham acesso a seus direitos e possam ser agentes autônomas de suas vidas.

No capítulo terceiro, foi demonstrado a importância da aplicação de políticas públicas que assina a violência obstétrica como violência de gênero e identifique as necessidades e vulnerabilidades de diferentes grupos sociais de mulheres, para que as normativas existentes possam ser eficazes.

Uma solução encontrada na pesquisa ao combate a violência obstétrica é o uso dos mecanismos legais para humanização da assistência ao parto. Isso deve começar a ser implementado dentro do ensino da prática obstétrica nos cursos de medicina, contudo, a pergunta que ainda fica é: quem irá ensinar esse novo modelo de assistência ao parto que respeite a autonomia das mulheres? Novamente encontramos o empasse do controle masculino na produção de saber científico na medicina.

Atualmente, especialmente em Brasília, o parto humanizado tem sido muito difundido, mas para quem? No SUS parto humanizado significa simplesmente retirar a episiotomia de rotina e deixar que a mulher se movimente durante o trabalho de parto, mas restringindo seus movimentos a posição horizontal no momento do período expulsivo.

Autonomia e poder de escolha só existe, de fato, para as mulheres de classe alta que possuem condições de pagar alguns milhares de reais em um parto particular. Por isso, a busca pela humanização do parto deve colocar em evidência as mulheres usuárias do SUS, são elas as mais atingidas pela violência obstétrica.

Por elas, mulheres pobres, jovens, negras, indígenas, sem escolaridade, que esse trabalho foi realizado, para que as instituições garantam a essas mulheres seu direito de não serem silenciadas. Para que elas possam ser livres para decidir o modo como viverão suas vidas e a forma como darão a luz a seus filhos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Janaína Marques De; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1414-32832011000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-32832011000100007)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BANDEIRA, Lourdes. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. Sociedade e estado, Brasília, v. 24, n. 2, p. 401-438, mai./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v24n2/04.pdf>>. Acesso em: 28 Nov. 2016.

BIROLI, Flávia. Agentes imperfeitas: contribuições do feminismo para a análise da relação entre autonomia, preferências e democracia. Revista brasileira de ciência política, Brasília, n. 9, p. 7-38, set./dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0103-33522012000300001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-33522012000300001)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina: A condição feminina e a violência simbólica. Tradução de Maria Helena Küner. 2 ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.

BRASIL. Constituição Federal. 1988.

BRASIL. Lei nº 13.257. 2016.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2598. 2015.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7.633. 2014.

CÂMARA LEGISLATIVA. CPI Mortalidade Materna. 2001.

CIDH. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. 1994.

CIELLO, Carina, et al. Dossiê da violência obstétrica "parirás com dor". 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

CREMESP. O parto domiciliar na visão da câmara técnica de saúde da mulher do cremesp. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteacao=jornal&id=1448>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

DATASUS. Painel de monitoramento da mortalidade materna. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

DATASUS. Proporção de partos hospitalares. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f07.def>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc. Saude Colet.*, v.10, n.3, p.627-37, 2005

DINIZ, Simone G., CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2006;I(1): 80-91.

DINIZ, Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 18, n. 48, p. 217-220, 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000100217&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100217&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Nov. 2016.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 5.535. 2015.

DIUANA, Vilma, et al. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desa os na transformação da realidade. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de janeiro, v. 21, n. 7, p. 2041-2090, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2041.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

DUDA, Grazielle Rodrigues; EGAS, Heloiza. A violência obstétrica no brasil na perspectiva dos direitos humanos. Instituto Pauline Reichstul, jul. 2016. Disponível em: <<http://institutopauline.org/novo/pelo-direito-humano-de-nascer/>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

FERREIRA, Maíra Soares; OLIVEIRA, Elismênia Aparecida. As mulheres não são donas de seus corpos: produção de conhecimento e violência obstétrica no brasil. III simpósio nacional sobre democracia e desigualdades, Brasília, mai. 2016.

FIGUEIREDO, Rudgy Pinto de. O estudo da morbidade materna e do conceito em uma maternidade pública de João Pessoa, Paraíba. 2013. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-13032014-083803/pt-br.php>. Acesso em: 2016-12-01.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização, Introdução e Revisão Técnica: Roberto Machado. 4 ed. Rio de Janeiro | São Paulo: Paz & Terra, 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_gerais\\_amostra/resultados\\_gerais\\_amostra\\_tab\\_xls.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/resultados_gerais_amostra_tab_xls.shtm)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

MARTINELLI, Katrini Guidolini, et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. *Rev bras ginecol obstet*, Cidade, v. 36, n. 2, p. 56-64, jan. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

MARTINS, Alaerte Leandro. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Minas Gerais, set. 2004. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/pdf/abep2004\\_424.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/pdf/abep2004_424.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no brasil. Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, n. 22, p. 2473-2479, nov. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0102-311x2006001100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2006001100022)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. Revista bioética, São paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, jun. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS Política Nacional de Humanização. Brasília. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília. 2002.

OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: 10. revisão. 8. ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Ed. Universidade de São Paulo; 2000. v.1.

OMS. Care in normal birth: a practical guide. 1996. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

OMS. Declaração da oms sobre taxas de cesáreas. 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/who\\_rhr\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/who_rhr_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

OMS. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/who\\_rhr\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/who_rhr_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

OMS. The Millennium Development Goals Report. 2015. Disponível em: <[http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

ONU. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de violência. 1979.

ONU. IV Conferência Mundial da Mulher. 1975.

PICKLES, Camilla. Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. SA crime q., Pretoria, n. 54, p. 5-16, Dec. 2015. Disponível

em: <[http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1991-38772015000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1991-38772015000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Nov. 2016.

PIOVESAN, Flávia. Ações afirmativas no brasil: desafios e perspectivas. Estudos feministas, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 887-896, set./dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0104-026x2008000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-026x2008000300010)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

PRANDO, Camila Cardoso De Mello. Direitos das mulheres, mortalidade materna e racismo de estado: uma luta pela interpretação extensiva dos direitos. Inédito.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface - comunic., saude, educ., v. 13, n. 1, p. 595-602, jan. 2009.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata, [S.L], v. 7, n. 18, p. 93-111, abr. 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. Obstetric violence: medicalization, authority abuse and sexism within spanish obstetric assistance. a new name for old issues?. Universidad de granada, ago. 2014.

SANTOS, Marina França. Direitos sexuais e reprodutivos da mulher no brasil e o estado de exceção no caso Adelir. Revista ártemis, Rio de janeiro, v. 18, n. 1, p. 137-146, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/viewfile/22541/12504>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania Di Giacomo Do. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde no brasil: resultados iniciais. Cad. saúde pública, Rio de janeiro, v. 20, n. 5, p. 2181-2189, set./out. 2004.

SILVA, José Afonso Da. Curso de direito constitucional positivo. 35 ed. Brasil: Malheiros Editora, 2011.

TEMPORÃO, José Gomes. Audiência Pública: Debate sobre a redução da taxa de mortalidade materna, tema abordado pela 5a Meta de Desenvolvimento do Milênio da ONU. Mai, 2010.

UNFPA. Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo.1994.

VENEZUELA. Ley nº 38.668. 2007.

VENTURA, Miriam. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. Revista Bioética, n. 16, p. 217-228, 2008.

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. 3.ed. Brasília, UNFPA, 2009 Disponível em: < [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf) >. Acesso em: 20 nov. 2016.

VENTURA, Miriam. Direitos reprodutivos no brasil. Brasil, UNFPA, 2004. Disponível em: < [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf) >. Acesso em: 20 nov. 2016.

VIANA, Rosane Da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; CALDERON, Iracema Mp. Mortalidade materna - uma abordagem atualizada. Com. Ciências Saúde, Brasília, v. 22, n. 1, p. 141-152, 2011.

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz. Episiotomia: revendo conceitos. Femina, Brasília, v. 37, n. 7, p. 368-371, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.