

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
JORDANA RESENDE FALCÃO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, PARTO HUMANIZADO E O SISTEMA JURÍDICO  
BRASILEIRO: Uma análise a partir da perspectiva da trilogia “O Renascimento do  
Parto”**

Cidade de Goiás

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

### 1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): **JORDANA RESENDE FALCÃO**

Título do trabalho: **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, PARTO HUMANIZADO E O SISTEMA JURÍDICO BRASILEIRO: Uma análise a partir da perspectiva da trilogia “O Renascimento do Parto”**

### 2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [ X ] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

#### Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

**Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Silvana Beline Tavares, Professor do Magistério Superior**, em 14/06/2021, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **JORDANA RESENDE FALCÃO, Discente**, em 14/06/2021, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2131829** e

o código CRC **73EA3267**.

---

Referência: Processo nº 23070.025854/2021-11

SEI nº 2131829

JORDANA DE RESENDE FALCÃO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, PARTO HUMANIZADO E O SISTEMA JURÍDICO  
BRASILEIRO: Uma análise a partir da perspectiva da trilogia “O Renascimento do  
Parto”**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, requisito para a aprovação na disciplina de Monografia Jurídica II do Curso de Direito da Regional Cidade de Goiás da Universidade Federal de Goiás – UFG e para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Silvana Beline Tavares.

Cidade de Goiás

2021

Falcão, Jordana Resende

Violência obstétrica, parto humanizado e o sistema jurídico brasileiro: uma análise a partir da perspectiva da trilogia “O Renascimento do Parto”/ Jordana Resende Falcão; orientadora: Prof<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Silvana Beline Tavares. Goiás, GO, 2021.  
70 f.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Goiás, Regional Cidade de Goiás, Unidade Acadêmica Especial de Ciências Sociais Aplicadas, 2021.

1. Violência obstétrica 2. Parto humanizado 3. O Renascimento do parto. 4. Empoderamento feminino 5. Direito.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Ao(s) dois dia(s) do mês de junho do ano de 2021 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, PARTO HUMANIZADO E O SISTEMA JURÍDICO BRASILEIRO: Uma análise a partir da perspectiva da trilogia “O Renascimento do Parto”, de autoria de JORDANA RESENDE FALCÃO, do curso de Direito do(a) Unidade Acadêmica Educacional de Ciências Sociais Aplicadas – UAECSA da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Profa. Dra. Silvana Beline Tavares – orientadora (UAECSA/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa. Doutoranda MARCIA SANTANA SOARES membro 1 (UAECSA/UFG) e Profa. Dra. SOFIA ALVES VALLE ORNELAS membro 2 (UAECSA/UFG). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora deliberou que a aluna está APROVADA.**

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Silvana Beline Tavares, Professor do Magistério Superior**, em 02/06/2021, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Santana Soares, Professora do Magistério Superior**, em 02/06/2021, às 13:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sofia Alves Valle Ornelas, Professora do Magistério Superior**, em 02/06/2021, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2108514** e o código CRC **0C7AB8E6**.

JORDANA RESENDE FALCÃO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, PARTO HUMANIZADO E O SISTEMA JURÍDICO  
BRASILEIRO: Uma análise a partir da perspectiva da trilogia “O Renascimento do Parto”

Monografia jurídica defendida e aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021, pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Silvana Beline Tavares**  
Presidente (Orientadora)

---

Nota

---

**Prof.<sup>a</sup>. M.<sup>a</sup>. Márcia Santana Soares**  
Membro Interno

---

Nota

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Sofia Alves Valle Ornelas**  
Membro Interno

---

Nota

---

Média Final

Cidade de Goiás

2021

## AGRADECIMENTOS

Por serem poucos os momentos em que tenho a oportunidade de formalizar a minha gratidão, aproveito este espaço para agradecer às pessoas que foram fundamentais para a realização deste trabalho e também às que, de modo ou outro, contribuíram para que as minhas conquistas fossem possíveis.

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Aline Resende e Cláudio Falcão, e a minha irmã, Ana Taíssa, por serem os grandes orientadores da minha vida. Por terem me guiado nos primeiros passos e me ensinado a traçar meus próprios rumos. Obrigada por todo o esforço que vocês tiveram para me proporcionar oportunidades que foram ímpares em me tornar a mulher que sou hoje. A vocês, todo o meu amor e gratidão.

Aos meus avós, por terem me ensinado valores que carrego comigo em todos os momentos.

A minhas amigas de vida, Maria Clara, Sarah Teixeira e Ila Mendes, por refletirem o verdadeiro sentido da amizade.

Aos meus colegas de faculdade, que tornaram os anos de graduação mais divertidos e leves, e aos amigos que ali fiz, em especial Gabriella Lima, Rodrigo Duques, Eduarda Diniz, Laura Cordeiro, Giovana Vargas, Marina Coelho, Eduarda de Carvalho e Gabriela Fernandes, pelo companheirismo, cumplicidade e histórias que juntos construímos e continuaremos a construir.

Ao meu namorado, Gustavo Pessoa, por ser meu apoio constante, a pessoa que me consola e me renova todos os dias.

A minha orientadora, Silvana Beline, que acreditou nos meus propósitos e me incentivou a concretizá-los neste trabalho.

Por fim, agradeço a todos os mestres e colegas que enriqueceram o meu aprendizado e contribuíram para o meu desenvolvimento intelectual e pessoal durante a graduação.

Expresso a todos vocês minha profunda gratidão por todos os gestos de apoio.



## RESUMO

O presente trabalho busca analisar e discutir uma forma específica de violência contra as mulheres: a “violência obstétrica”. Foi feita uma abordagem da parte histórica que levou a institucionalização do parto, os conceitos e as formas dessa violência. Foi possível refletir o processo de medicalização ao parto/nascimento e suas consequências, a partir de um artefato midiático audiovisual brasileiro. Para tanto, foram analisadas as narrativas da trilogia de documentários intitulados “O renascimento do parto”, a fim de compreender como os discursos sobre a violência, institucionalização e controle sobre o corpo são desconstruídos por meio da “volta ao primitivo”, ao natural, ao humanizado, à experiência sensível e ao empoderamento da mulher. Assim, como alternativa ao combate dessa violência, o termo “parto humanizado” propõe que o fenômeno deve ser um momento no qual a mulher precisa participar como protagonista, desencadeando um parto em que seus direitos são reconhecidos e respeitados, os procedimentos realizados tenham evidências reais e que não sejam utilizadas técnicas desnecessárias e invasivas. Ainda, como fontes de referências teóricas, foram utilizados artigos eletrônicos, bem como livros que tratam a respeito do tema. Em posterior momento, há discussão sobre os desdobramentos jurídicos, através da pesquisa de leis, projetos de leis, tratados internacionais, decretos e jurisprudências. Visa analisar como o legislativo e o judiciário estão se comportando sobre o tema, através da pesquisa de jurisprudências nos Tribunais. Conclui-se que há uma lacuna legal no que se refere ao assunto, uma vez que não existe lei federal que verse sobre o tema, devendo o legislador fazer um verdadeiro malabarismo entre os diversos dispositivos de cada lei para que possa ser aplicada qualquer sanção e/ou responsabilização contra os responsáveis.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; Parto Humanizado; O renascimento do parto. Empoderamento Feminino; Direito.

## ABSTRACT

*This paper seeks to analyze and discuss a specific form of violence against women: “obstetric violence”. An approach was made to the historical part that led to the institutionalization of childbirth, the concepts and forms of this violence. It was possible to reflect the process of medicalization at birth and birth and its consequences, based on a Brazilian audiovisual media artifact. To this end, the narratives of the documentary trilogy entitled “The rebirth of childbirth” were analyzed, in order to understand how the discourses about violence, institutionalization and control over the body are relaxed through the “return to the primitive”, to the natural, to the humanized, to the sensitive and empowering experience of women. Thus, as an alternative to combating this violence, the term "humanized childbirth" proposes that the phenomenon should be a moment in which the woman must participate as a protagonist, triggering a birth in which her rights are recognized and respected, the procedures performed have real evidence and that unnecessary and invasive techniques are not used. Still, as sources of theoretical references electronic articles were used, as well as books that deal with the theme. Subsequently, there is a discussion on legal developments, through the research of laws, draft laws, international treaties, decrees and jurisprudence. It aims to analyze how the legislature and the judiciary are behaving on the subject, through the investigation of jurisprudence in the Courts, as well as in the Superior Court of Justice. It is concluded that there is a legal gap with regard to the subject, since there is no federal law dealing with the subject, and the legislator must juggle between the different provisions of each law so that any sanction can be applied and / or accountability against those responsible.*

**Key Words:** *Obstetric violence; Humanized birth; Legal certainty; The rebirth of childbirth; Female empowerment; Law.*

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Julgado Tribunal do Amazonas.....	53
Tabela 2 - Julgado Tribunal Rio de Janeiro .....	54
Tabela 3 - Julgado Tribunal Distrito Federal .....	54
Tabela 4 - Julgado Tribunal Goiás .....	54
Tabela 5 - Julgado Tribunal São Paulo .....	55
Tabela 6 - Julgado Superior Tribunal de Justiça.....	55
Tabela 7 - Julgado Tribunal Mato Grosso.....	56
Tabela 8 - Julgado Tribunal São Paulo/2. ....	56

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1 - A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Abordagem histórica: Institucionalização do parto</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Reconhecendo a violência e classificando suas hipóteses mais comuns</b>	<b>18</b>
1.2.1 Episiotomia e o “ponto do marido”	19
1.2.2 Manobra de Kristeller	22
1.2.3 Fórceps	23
1.2.4 Uso de ocitocina sintética	23
1.2.5 Restrição na posição do parto	24
1.2.6 Negar a mulher o direito ao acompanhante	25
1.2.7 Cesáreas eletivas	26
1.2.8 Violência psicológica	29
<b>CAPÍTULO 2 - A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Entendendo a humanização na assistência ao parto</b>	<b>31</b>
<b>2.2 A importância das doulas na assistência humanizada</b>	<b>34</b>
<b>2.3 O movimento pela humanização do parto no Brasil</b>	<b>40</b>
2.3.1. A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)	40
2.3.2 A Parto do Princípio	41
2.3.3 Artemis	41
2.3.4 O hospital Sofia Feldman	42
2.3.5 As marchas das mulheres	42
2.3.6. Equipe Renascer – Goiânia	44
<b>CAPÍTULO 3 - UM OLHAR JURÍDICO DESTA PROBLEMÁTICA NO BRASIL</b>	<b>45</b>
<b>3.1 O (des)amparo do sistema normativo brasileiro atual</b>	<b>46</b>
3.1.1 Iniciativas de órgãos governamentais	46
3.1.2 Iniciativas governamentais	48
3.1.3 Leis estaduais/regionais que atuam no combate à violência obstétrica	50
<b>3.2 Análise jurisprudencial</b>	<b>53</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>61</b>

## INTRODUÇÃO

É indiscutível que o momento do parto é extremamente significativo na vida de uma mulher, contudo as discussões sobre as circunstâncias nas quais ele ocorre não são muito debatidas. Inúmeras vezes esse momento é lembrado como uma experiência traumática, na qual a mulher se sente agredida, desrespeitada e violentada por aqueles profissionais que deveriam lhe prestar assistência.

O termo “violência” remete a atos agressivos, que podem se manifestar de forma física, psicológica, sexual, através de negligência e/ou privação. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ser definida como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”.

A violência contra a mulher é definida pelo Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (1996) como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada”. Portanto, a violência contra a mulher se revela em diferentes cenários, e um deles é o que podemos verificar no período gestacional e puerpério.

A violência cometida durante todo o período gravídico, compreendido entre o pré-natal, parto e pós-parto/puerpério, é o que se denomina “violência obstétrica”. Diversas são as formas dessa violência, englobando tanto atos de violência física, quanto atos de violência psicológica e emocional contra a mulher durante o processo gestacional.

Segundo apontou a Organização Mundial de Saúde (2014), a violência obstétrica tem acometido incontáveis mulheres ao longo dos anos e é uma realidade vivida no mundo inteiro. No Brasil, segundo dados divulgados em 2011 pela Fundação Perseu Abramo na pesquisa intitulada como “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto.

Este tipo de violência obstétrica acontece porque muitos hospitais ainda insistem em práticas antiquadas e desnecessárias, utilizadas como padrão. Certos procedimentos médicos, que serão demonstrados no presente trabalho como inadequados, já se tornaram corriqueiros, havendo a banalização e naturalização do seu uso, sendo vistos como algo normal ou então um “mal necessário”.

A ocorrência desse tipo de violência é um problema recorrente nas práticas de atenção destinada à mulher durante o planejamento de parto, parto e pós parto e envolve questões sociais como gênero, classe, raça e instituição.

Qualquer ato ou intervenção praticada contra a mulher e seu bebê em todo o período gravídico, realizado sem a informação e consentimento explícito desta, suas opiniões, sentimentos e preferências, caracteriza uma situação considerada violência. Com base nessa concepção, países como a Argentina e a Venezuela já reconheceram esta forma de violência como crime, caracterizando-a como “um crime cometido contra as mulheres, e como tal deve ser prevenido, punido e erradicado”.

Porém, no Brasil, estas práticas consideradas violentas ainda não adquiriram nenhum status de legitimação em lei, de maneira que o país não reconhece essa forma de violência e, conseqüentemente, não abre caminho para a responsabilização legal dos profissionais que a cometem.

Em contrapartida à violência obstétrica, a assistência humanizada mostra-se como alternativa e ferramenta de enfrentamento a esse tipo de violência.

Essa assistência, embora muitos pensem que está intrinsecamente relacionada ao parto em casa, não é necessariamente relacionada a esse fator. A humanização pode, e deve, estar presente também quando a mãe escolhe por ter o parto hospitalar. Nesse sentido é o entendimento da OMS: o lugar mais adequado para o parto é onde a mulher se sente segura.

Além, diz respeito a prestação de uma assistência que prioriza a qualidade do cuidado, garantindo o respeito aos direitos e sua individualidade, valorizando a autonomia e protagonismo da mulher, bem como a corresponsabilização dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado.

Um grande caminho tem sido percorrido a fim de que possa haver mudança nesse cenário, impulsionado pela Comissão Parlamentar de Inquérito da mortalidade materna, ocorrida na Câmara dos Deputados no período entre abril de 2000 e março de 2001. Durante as investigações, concluiu-se que 98% das mortes maternas seriam evitáveis com a adoção de procedimentos simples e políticas públicas voltadas à atenção da mãe e do bebê, estabelecendo a necessidade da atenção humanizada.

A partir dos constantes relatos de violência obstétrica e necessidade de uma assistência mais humanizada ao parto é que o país começou a produzir diversos projetos e normas que objetivam direcionar a adoção do parto humanizado nas maternidades públicas e privadas.

Todavia, embora haja dispositivos infralegais que visem reduzir a violência obstétrica, o que foi previsto em lei pouco significa para eliminar esse desrespeito e abuso contra as mulheres/mãe: o cenário de descaso persiste no país.

Em resposta a esse descaso, diversos movimentos foram surgindo. Os movimentos feministas passaram a produzir reflexões e levar o debate sobre a violência obstétrica nas entranhas da sociedade civil, a fim de se pensar sobre e buscar estratégias de enfrentamento.

Grupos de ativistas e meios de comunicação, além da Organização Mundial de Saúde, estão buscando formas de desnaturalizar essa violência, de desconstruir a verdade moderna do saber médico institucionalizado e do controle sobre o corpo feminino, buscando o empoderamento do corpo da mulher e de sua capacidade de parir.

Nesse contexto, tem-se a trilogia brasileira de documentários intitulada como “O Renascimento do Parto”, de Érica de Paula e Eduardo Chauvet, o primeiro filme lançado em 2013 e outros dois lançados em 2018.

O elenco conta com cientistas, médicos, parteiras, doulas, mãe e pais. A importância e impacto do primeiro documentário resultou na seleção para o *6th Los Angeles Brazilian Film Festival*, o *IV Doc Brazil Festival China 2013*, o *VI Festival Internacional de Cine Latinoamericano y Caribeño de Margarita* na Venezuela e para o *31º Festival de Cine de Bogotá* na Colômbia, além da participação em inúmeros festivais nacionais. Ademais, os três filmes podem ser encontrados na maior plataforma de streaming do mundo: a “Netflix”.

No Brasil atual, nota-se a proliferação de obras audiovisuais que, fundadas pelo desejo explícito de intervenção e transformação social, podem ser denominadas de filmes e práticas cinematográficas gestados em contextos de disputas políticas e em associação a movimentos sociais recentes, como é o caso do documentário nacional usado como base na presente monografia, que busca dar luz ao movimento pela erradicação da violência obstétrica e humanização na assistência ao parto.

Forçoso destacar aqui a importância das produções audiovisuais na proliferação de conhecimento e engajamento de lutas sociais, principalmente no que diz respeito a dar voz àqueles que estão sendo oprimidos.

A título de elucidação dessa ideia, trago aqui a fala de uma vítima de violência obstétrica, entrevistada durante o filme *O Renascimento do Parto 3* (2018), que afirma que após toda violência sofrida no parto do primeiro filho, ficou sem coragem para realizar seu sonho de ter seu segundo bebê. Porém, tudo mudou depois de assistir o primeiro documentário, que a encorajou a realizar seu sonho de ter seu segundo filho:

Sensação de solidão. Solidão é a palavra que me lembra de tudo que eu vivi ali. Eu tinha planos de ter dois filhos, falei ‘nossa, não quero passar por isso nunca mais’. Eu tinha desistido. Eu só tive meu segundo filho porque eu assisti o vídeo promocional do primeiro filme.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso busca fazer uma análise das narrativas presentes nos filmes, buscando analisar e elucidar, em primeiro momento, o que é a violência obstétrica através da evolução histórica, conceitos e formas de violência que podem ser vivenciada pelas mulheres nos estágios da gravidez.

Em continuidade, em segundo momento, pretendo trazer, em contrapartida à violência obstétrica, o que é denominado de assistência humanizada ao parto. Pretendo trazer reflexões da assistência humanizada na melhoria da qualidade de vida das mulheres/mãe, como uma forma de combate à prática de violência institucional obstétrica através de uma assistência pré-natal de qualidade, destinada à mulher durante todo o processo gravídico-puerperal.

Procurou analisar os dois primeiros capítulos através da análise dos filmes como uma maneira de explicar, de forma racionalizada, os fenômenos ali observados, com vistas à produção do conhecimento e à interpretação. Assim é que busco realizar a análise das narrativas do filme de forma a desconstruí-las sob a luz da perspectiva teórica, identificando como os “modos como imagens, figuras e discursos da mídia funcionam dentro da cultura em geral”. (Kellner, 2001: 77).

O que se questiona é: o que é a violência obstétrica e o parto humanizado e, por quê, embora essa violência seja tão recorrente no cotidiano da vida das mulheres, bem como haja movimentos e projetos de combate, ela continua a ser normalizada e, ainda, passa despercebida e impune aos olhos da sociedade e do judiciário?.

Para obter os resultados e respostas da problematização apresentada neste estudo, será feita análise fílmica de uma série de três documentários, através da pesquisa exploratória. A série de filmes aborda a violência obstétrica, o parto humanizado e a problemática existente no Brasil para garantia de uma assistência mais humana ao nascimento.

O estudo deste trabalho será fundamentado em ideias e pressupostos teóricos para definição e construção dos conceitos discutidos nesta análise: violência obstétrica e parto humanizado. Para tanto, serão usados como fontes secundárias trabalhos acadêmicos, artigos, livros e afins.

Ademais, usou-se a entrevista como instrumento para coleta de dados, através de um questionário previamente formulado, enviado para a entrevista via e-mail. A metodologia utilizada para analisar as informações adquiridas do questionário foi a qualitativa, uma vez



que foi baseada no caráter subjetivo da profissional, que respondeu através de suas experiências.

Por último, em um terceiro momento, em uma análise não tão ligada à narrativa contida na trilogia de documentários base dessa monografia, pretendo fazer uma busca pelas jurisprudências do país, a fim entender melhor como o sistema jurídico lida com essa forma de violência, bem como as consequências que a falta de uma lei em esfera federal que verse sobre o tema traz.

## CAPÍTULO 1 - A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Fazendo uma breve conceituação sobre violência obstétrica, esta pode ser definida como a violência que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e puerpério.<sup>1</sup> Pode acontecer de várias formas: física, psicológica, verbal, sexual, além da negligência, discriminação e condutas desnecessárias ou excessivas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento científico.

Violência normalizada na sociedade pode afetar a mente e o corpo das mulheres/mães por muito tempo depois do parto. Os números dessa violência são difíceis de serem determinados com exatidão, visto que grande parcela das mulheres ainda não têm conhecimento que sofreram violência durante o parto e naturalizam este como um processo em que o sofrimento é indispensável para dar a luz a uma nova vida. A condenação a Eva: “Parirás com dor”, no livro Gênesis da Bíblia, recai sobre todas as mulheres e alimenta o imaginário de que é o destino da mulher sofrer durante o parto. Todas somos Evas em um país de maioria cristã.

Pra nós, mulheres da civilização ocidental judaico-cristã, existe um impacto muito grande daquela frase da bíblia: ‘Parirás com dor’. É como se ser mãe estivesse ligado, por princípio, ao sofrimento. E os meios de comunicação, a televisão, o cinema, acabam contribuindo para fortalecer essa ideia, mostrando mulheres se contorcendo de dor e gritando durante o trabalho de parto. (DE PAULA, Erica, O Renascimento do Parto, 2013).

Para se entender melhor a respeito do tema é preciso fazer uma análise das nuances que acabaram por resultar no que se entende por violência obstétrica, começando pelo processo de institucionalização do parto, que fez este deixar de ser um evento fisiológico e passar a ser um ato cirúrgico.

### 1.1 Abordagem histórica: Institucionalização do parto

Por um longo período de tempo, o parto era considerado um fenômeno fisiológico exclusivo das mulheres, realizado por parteiras, comadres ou curandeiras, que tinham experiências pessoais e reconhecimento pela sociedade, não havendo, em regra, nenhuma intervenção masculina. Encarregadas de levar alimento, água, e palavras de apoio e conforto às novas mães, as parteiras eram consideradas de intelecto inferior aos dos médicos e por isso ficavam encarregadas de uma atividade até então desvalorizada: o cuidado ao nascimento.

---

<sup>1</sup> Período que decorre desde o parto até o momento em que os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltam a seu estado anterior à gestação. Normalmente se estende de 45 a 60 dias.

Antes da era industrial contemporânea, o nascimento era simplesmente um processo natural. Era somente parte do tecido social. E as parteiras sempre estiveram presentes em todas as sociedades. (FLOYD, 2013, O Renascimento do Parto)

Segundo Arruda (1989, apud NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655-656), o processo do parto sofreu uma definitiva modificação quando se descobriu a ovulação da mulher, no século XVII. A partir daí, começou-se o entendimento de que a mulher possuía uma estrutura mais delicada que a dos homens, criando a percepção do parto como um evento perigoso à saúde, tendo então que haver alguma intervenção da medicina como forma de proteção.

O modelo cartesiano de dualismo<sup>2</sup> até então predominante evoluiu para um modelo em que se acredita que o corpo humano é uma máquina, sendo o corpo masculino como o protótipo perfeito dessa máquina e o feminino como um desvio do padrão masculino, considerado anormal, defeituoso e imprevisível. O médico então seria como um mecânico. Mas é a partir do advento do capitalismo industrial que a arte de partejar passou a ser praticada exclusivamente por médicos, sendo só então legitimada e reconhecida.<sup>3</sup>

Gradativamente a mulher perde seu protagonismo no ciclo gravídico, e a Segunda Guerra Mundial no século XX vem para concretizar a institucionalização do parto no Brasil. Segundo Tanaka (1995, p. 60-65), é nesse período que ocorre a unificação dos Institutos de Previdência e a criação do Fundo de Assistência Social (FAS) pelo governo federal, que criou e expandiu a rede hospitalar, tanto pública quanto privada, e inclusive a maternidade.

As parteiras, as comadres, as curandeiras foram tiradas da cena de parto e substituídas por homens, que eram considerados os detentores de conhecimento científico. Foi uma apropriação pelos homens da ciência com técnica e tecnologia. (SENA, 2018, O Renascimento do Parto 2)

Em nome da redução da mortalidade infantil e materna, Nagahama e Santiago (2005, p. 656) afirmam que foi importante aprimorar as técnicas e o saber médico com a institucionalização do parto.

Entretanto, ainda que a medicalização do parto tenha contribuído para a redução das taxas de mortalidade, é importante lembrar que essa hospitalização trouxe desumanização na assistência ao parto para a mulher. Nesse sentido, Nagahama e Santiago afirmam que:

O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a

---

<sup>2</sup> Modelo filosófico de René Descartes que diz que existem dois tipos de fundamentos: mental e corporal. Essa filosofia afirma que o mental pode existir fora do corpo e que o corpo não pode pensar.

transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

A proteção da saúde materno-infantil começou a se tornar alvo governamental no Brasil a partir de 1920 com a reforma sanitária de Carlos Chagas. O primeiro órgão criado voltado especificamente para esse cuidado foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), em 1940. O DNCR, que atuou de 1940 a 1965, visava integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, infância e adolescência, tanto públicas quanto privadas, com os programas de saúde pública em geral. Não visava disciplinar a reprodução e sim o combate à mortalidade infantil como uma forma de construir uma nação forte, sadia e progressista (Tyrrell & Carvalho, 1995).

Com o intuito de aumentar a qualidade da assistência e controlar a natalidade, foi medicalizado o parto, utilizando em larga escala de procedimentos considerados inadequados que acabam por colocar em risco a saúde da mãe e do bebê (Diniz & Chacham, 2006). Mesmo com procedimentos perigosos à saúde materna e infantil, a ideia de que era fundamental a institucionalização do parto, e que o parto hospitalar era o mais seguro, foi implementada em nível institucional.

Segundo JONES (2013), a migração do trabalho de parto para o hospital, local destinado a tratar pessoas doentes, ocorreu há poucos anos. Ainda, esse fenômeno foi bastante violento. Elucida:

O fato de que as pessoas vão para um local especificamente construído para atender pessoas doentes como é um hospital tem 40, 50 anos, e, portanto, é uma coisa muito violenta a transformação de um evento familiar, afetivo, carinhoso, com pessoas conhecidas, para um lugar absolutamente estranho, inóspito e com pessoas completamente alheias ao nosso convívio diário, cheio de máquinas e, portanto, é um local bastante assustador para grande parte das mulheres. Não é de se espantar que muitas mulheres que chegando a um hospital começam a apresentar problemas que subsequentemente vão tentar ser corrigidos com mais adição de tecnologia por parte dos médicos. (O Renascimento do Parto)

Paralelamente a essa migração em massa do parto para os hospitais e perda do protagonismo feminino no nascimento, crescem as intervenções médicas desnecessárias e abusivas na mulher e no bebê, com a ideia de que o parto é um evento patológico que necessita de acompanhamento médico dentro dessas instituições.

Mas não só tratando da institucionalização em seus aspectos negativos, a mudança do parto doméstico para o parto hospitalar resulta de um conjunto complexo de circunstâncias, que não são todas compreendidas e é importante destaca-las aqui. Martins (2004) discute alguns desses fatores: os partos que tinham complicações e parteiras (bem como médicos)

despreparadas acabaram por tirar algumas vidas; a criação de maternidades separadas de hospitais gerais, com adoção de higiene e isolamento, diminuíram as mortes maternas; e a evolução da técnica de cesariana possibilitou salvar vidas de bebês nos casos de partos com complicações.

Nas décadas de 80 e 90 começam a surgir os movimentos feministas pelo país e seu enfoque nas esferas do poder público. Movimentos que vieram para fortalecer as discussões do modelo de parto vigente, que se importava tão somente com o nascimento de um filho sadio, trouxeram discussões sobre melhores condições para a mulher durante o parto e pré-natal, dando enfoque aos direitos e saúde das mulheres.

Também cresce, no final do século XX, o movimento da Medicina baseada em Evidências, que buscava basear os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e também visava garantir maior segurança nos procedimentos médicos. Mobilização que foi incorporada a outro movimento importante: O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna)<sup>4</sup>, que fortaleceu a crítica aos métodos da medicina tradicional, o uso de métodos abusivos e excessivos, buscou apoiar o parto e o nascimento como eventos fisiológicos e naturais, além de empoderar as mulheres.

Desde então o Ministério da Saúde, juntamente com outros órgãos e movimentos sociais, buscam criar programas que promovam e incentivem o parto humanizado, retomando o papel da mulher como protagonista de seu parto, melhorando a qualidade do acompanhamento no pré-natal e na assistência ao parto. Programas que serão aprofundados no decorrer do trabalho.

Salienta-se que, resultado dessa institucionalização do parto e controle médico sobre o corpo da mulher, a violência obstétrica abrange diversas situações que acarretam na perda de autonomia da mulher sobre seu corpo, o tratamento desumanizado, a utilização de procedimentos invasivos, entre outros. Partindo disso, passa-se à análise das condutas mais recorrentes no setor da obstetrícia, consideradas violência obstétrica.

## **1.2 Reconhecendo a violência e classificando suas hipóteses mais comuns**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), no mundo todo, gestantes sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde.

---

<sup>4</sup> Organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 com o objetivo principal de divulgar as assistências e cuidados perinatais com base em evidências científicas.

A violência cometida contra as mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério é que damos o nome de violência obstétrica. A *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, promulgada na Venezuela em 2007, define a violência obstétrica:

Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização 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>5</sup> (tradução nossa)

Embora haja um grande avanço em relação à concretização do preceito da dignidade da pessoa humana no parto e sua humanização, isso ainda está longe de se tornar uma realidade.

De acordo com uma pesquisa feita em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC (Serviço Social do Comércio), intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, 25% das mulheres entrevistadas alegaram já ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação, as consultas pré-natais e durante o parto.

A agressão é entendida não só em seu aspecto físico, como também psicológico, indo desde cortes desnecessários a formas de tratamento insensíveis por parte dos profissionais e indicações de cesárea sem algum embasamento científico. É importante classificar alguns atos dessa violência, dos quais destacarei os mais comuns: episiotomia, manobra de kristeller, fórceps, restrição na posição do parto, negar a mulher o direito ao acompanhante, uso de ocitocina, cesáreas eletivas e violência psicológica.

### 1.2.1 Episiotomia e o “ponto do marido”

A médica veio ver, veio outro exame de toque. Ai ela estourou minha bolsa, fizeram uma episiotomia horrorosa que eu sinto ela até hoje. Eu sinto dor na minha episiotomia. Dor física. (Depoimento de uma vítima, 2018, O Renascimento do Parto 2)

A fala relatada acima, retirada do documentário O Renascimento do Parto 2, trata-se de uma das técnicas mais comuns utilizadas no setor da obstetrícia durante o parto normal: a episiotomia. Comumente chamado de “pique” ou “episo”, trata-se de um procedimento cirúrgico que consiste em uma incisão no períneo – a região entre o ânus e a vagina – para facilitar a passagem do bebê (SANTOS, 2019).

---

<sup>5</sup> Artículo 15. [...] 13- Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Mesmo que considerada um procedimento cirúrgico, grande parte das mulheres que passaram pelo “piquezinho” relatam não ter tido conhecimento prévio do procedimento e, portanto, não ter autorizado a sua realização. Sem essa autorização, o corte da episiotomia pode ser enquadrado como lesão corporal e constrangimento ilegal, uma violação do artigo 146 do Código Penal Brasileiro<sup>6</sup>.

Mesmo que tão comum, a episiotomia é um recurso para ser utilizado em último caso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que não mais que 10% dos partos deveriam envolver o pique, dados que são distantes da realidade do que acontece no Brasil. De acordo com um levantamento feito em 2018 pela plataforma digital BabyCenter Brasil, 33% dos partos normais envolveram a técnica. Número que apresentou uma significativa queda se comparado com o mesmo estudo realizado em 2012, que chegava a 71%, mas, mesmo com o declínio dos casos, é importante lembrar que o número atual ainda não é o ideal, visto que ele supera três vezes mais ao que é recomendado pela OMS.

Apesar de sua popularização, não há evidência científica precisa que defina em quais circunstâncias é necessário que se realize episiotomia. Muitos profissionais da saúde alegam o uso ser necessário quando há ameaça de ruptura perineal grave, não havendo um diagnóstico objetivamente e clinicamente preciso quanto à referida ameaça. Atualmente essa técnica é mais utilizada quando o bebê é muito grande e está demorando a nascer por causa do períneo.

Além de não haver evidência sobre as circunstâncias para sua realização, também não existem evidências de que essa técnica previna problemas com recém-nascidos prematuros, nem que ajude bebês pélvicos (bebês que permanecem sentados mesmo quando o ideal é virar de cabeça para baixo) a nascer mais rapidamente.

Contraindicada pela OMS e enquadrada dentro da categoria de “práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado” no documento de orientações do parto criado pela OMS, a episiotomia é rotineiramente realizada no parto vaginal desde o século passado sem qualquer embasamento científico, tornando-se uma tradição no setor da obstétrica brasileira, sendo ensinada e repassada dentro das faculdades de medicina.

É importante destacar que além da OMS, outros órgãos como o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina também são contra a episiotomia de rotina, alegando não haver benefícios comprovados na prática.

---

<sup>6</sup> Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Segundo a cartilha “Episiotomia: ‘É só um cortezinho’”, desenvolvida pelo projeto Parto do Princípio<sup>7</sup>, esse procedimento pode causar vários problemas, alguns mais raros e até mais graves. A episiotomia de rotina, segundo a cartilha,

pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal), mais dor no pós-parto, complicações na cicatrização como deiscência (pontos podem abrir), infecção, mais tempo para cicatrização, sutura mal feita, mal posicionamento das bordas da sutura, endometriose na cicatriz, pontos demasiadamente apertados, maior tempo de recuperação, dor para sentar, dor para subir escadas, dor no ato sexual (dispareunia), risco aumentado de lacerações no parto seguinte, resultados estéticos insatisfatórios, autoestima afetada devido à estética da cicatriz, menos satisfação com o parto, autoestima afetada devido à dor no ato sexual, constrangimento em relação com o(a) parceiro(a) e necrose. No lugar onde foi feita a episiotomia, pode ficar uma cicatriz visível ou mesmo um queleide (cicatriz grande e endurecida). O risco de ter laceração perineal nos partos seguintes é maior para as mulheres que sofreram episiotomia, principalmente as lacerações mais graves (de terceiro ou quarto graus).

Por outro lado, se a parturiente optar pela não realização da episiotomia, ela provavelmente terá um pós-parto mais benéfico.

Estudos mostram que o parto sem o uso da episiotomia protege mais o genital feminino do que os partos feitos com o corte, o períneo (vagina e vulva) pode permanecer íntegro ao final do parto, sem qualquer corte espontâneo ou lacerações de primeiro grau (cortes pequenos que atingem a pele e a mucosa), que normalmente não precisam de pontos pois possuem boa cicatrização. Esses cortes são sempre menores em extensão e profundidade do que o feito na episiotomia.

Sem a episiotomia pode ocorrer também lacerações de segundo grau (cortes espontâneos que atingem uma parte dos músculos da vagina), que muitas vezes também nem precisam de pontos. A episiotomia é um corte que sempre atinge os músculos da vagina e tem uma cicatrização mais demorada.

As chamadas lacerações espontâneas de terceiro ou quarto graus (que atingem o esfíncter do ânus) podem acontecer quando não se faz episiotomia, mas são raras e são mais graves. Caso ocorram, é necessário que um profissional bem capacitado faça a sutura com pontos. Essas lacerações prejudicam as funções de continência urinária e fecal.

Há mais de 30 anos as pesquisas mostram que os resultados da episiotomia são negativos, tanto para a mãe quanto para o bebê e, mesmo com evidências científicas, os profissionais de saúde continuam a realizá-la por hábito e pelo mito de que o corte vai preservar a sexualidade materna e o prazer masculino.

---

<sup>7</sup> Rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, em especial no que se refere à maternidade consciente.



Após o procedimento feito, alguns profissionais ainda costumam dar um ponto extra após o término da sutura de uma episiotomia, o famoso “ponto do marido”, que “aperta” a vagina, tornando-a mais estreita e, teoricamente, aumentando a satisfação sexual do marido.

“O parquinho de diversões aqui não pode deixar estragar. O cortezinho é o mínimo possível. Passa que passa justo. Passa justo”. Essa é a fala de um médico durante uma gravação do parto, exibida no documentário “O Renascimento do Parto 2”. A vítima alega ter descoberto apenas na sua segunda gestação que havia levado um ponto a mais depois da episiotomia de sua primeira filha, o chamado “ponto do marido”.

Muitas mulheres que recebem esse ponto não têm sequer conhecimento antecipado da realização desse procedimento, muito menos o autoriza e ficam sabendo de sua existência apenas quando começam a sofrer suas consequências.

Segundo a ginecologista e obstetra Flávia Maciel Aguiar, as consequências do ponto extra podem ser muito negativas na vida de uma mulher. Segundo a médica, muitas mulheres referem dor durante as relações sexuais decorrente de nervos na região, perda da elasticidade normal da vagina em decorrência da fibrose que se forma, bem como pelo estreitamento excessivo da entrada da região/órgão.

### **1.2.2 Manobra de Kristeller**

A minha bolsa rompeu em casa, mas na hora de ter o meu parto o médico subiu em cima de mim, junto com uma pediatra para me ajudar. A pediatra tentava empurrar e eu mandava força, enquanto o outro médico subia em cima da minha barriga. (BARBOSA, 2013, O Renascimento do Parto)

A Manobra de Kristeller é uma técnica que consiste em uma pressão executada na parte superior do útero para agilizar a saída do bebê no momento do parto. Pode ser feita com as mãos, braços, cotovelos e algumas vezes até com a própria pessoa subindo em cima do abdômen da mulher.

O Ministério da Saúde lançou, em 2017, novas diretrizes para o parto normal contra técnicas agressivas e invasivas e reforçou a contraindicação do uso da manobra de Kristeller, por se tratar de uma manobra que causa riscos à saúde da mãe e do bebê. Riscos esses que vão de lesões graves à mãe, como deslocamento da placenta e fratura na costela, e também ao bebê, como traumas encefálicos. É necessário que o médico primeiro saiba o porquê de o bebê parar de descer e não forçá-lo a passar em um canal que não lhe caiba.

### 1.2.3 Fórceps

O fórceps é um instrumento cirúrgico semelhante a uma pinça utilizado para extrair o bebê através de sua introdução no canal genital da mulher, ajustando-o para encaixar na cabeça do feto e puxá-lo. Esse instrumento é usado em determinadas condições que costumam ser: quando é verificado sofrimento fetal, dificuldades para expulsão do bebê devido à exaustão da mãe, ou caso a mãe apresente alguma condição que a coloque em risco caso exerça muita força durante a expulsão.

O uso de fórceps pode causar graves riscos: para a mãe pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária, fissuras perineais e ruptura do esfíncter do ânus. Para o bebê pode gerar “esmagamento dos nervos parietais, fraturas cranianas e lesões oculares” (ZUGAIB, 2012, p. 427).

### 1.2.4 Uso de ocitocina sintética

Eu estava com 5 centímetros de dilatação, então me internaram. E logo depois a ocitocina. Eu achei que ia demorar um pouquinho, mas não, foi logo em seguida. De repente as contrações vinham fortes, uma atrás da outra. Eu não tinha tempo para relaxar, me recuperar, respirar entre uma e outra. O que condenou meu trabalho de parto foi a ocitocina. O meu marido estava comigo nesse momento, o que me fez suportar 3 horas de ocitocina [...] porque eu me agarrava nele [...] esperando passar aquela dor insuportável. Me falaram que eu não estava dilatando então eu tinha que ir para a cesárea. [...]. Uma tristeza [...] a gente se esforça tanto e depois vai para cesárea. Mas eu fiquei aliviada, eu falei “então eu quero anestesia, chama o anestesista”. Eu queria anestesia naquele momento. Eu queria que aquela dor parasse, porque aquela dor era insuportável. (Depoimento de uma vítima, 2018, O Renascimento do Parto 3)

A ocitocina é o hormônio do amor. Ele que faz um indivíduo se atrair por outro, desejar e ser fiel. Liberado durante o orgasmo, tanto feminino quanto masculino, a ocitocina é indispensável no trabalho de parto de mamíferos, responsável pelo estímulo das contrações uterinas, além de atuar na ejeção do leite durante a amamentação.

Segundo Ricardo Jones (2013), a ocitocina é fundamental para o fenômeno de vinculação da mãe e do filho desde os primeiros minutos de vida, sendo um hormônio extremamente importante para a relação materna.

Com o progresso da tecnologia farmacológica no início de 1950, houve a sintetização desse hormônio e sua versão sintética passou a ser industrializada e rotineiramente usada nas maternidades brasileiras, mesmo que não recomendada pela Organização Mundial da Saúde, com o intuito de induzir e acelerar o trabalho de parto.

Para dar a luz, a mulher precisa liberar uma espécie de fluxo hormonal, uma mistura de hormônios [...], trata-se de um coquetel de “hormônios do amor”. Em todo o planeta, o número de mulheres que dão à luz a seus bebês somente graças a liberação deste coquetel está chegando a zero. Quando falamos de ocitocina sintética, é uma forma de substituir o hormônio natural que as mulheres deveriam liberar por si próprias. [...]. Isso significa, em outras palavras, que podemos tornar os hormônios do amor redundantes, inúteis, durante o período crucial em torno do nascimento. Isso é inédito na história da humanidade. (ODENT, 2013, O Renascimento do Parto)

É importante destacar que o uso de ocitocina da maneira correta é realmente eficaz e bastante útil em alguns casos, como por exemplo para auxiliar o trabalho de parto de mulheres que possuem doenças e que por isso necessitam que seu parto seja mais rápido. Seu uso possibilita que essa mulher passe por um processo de parto muito similar à mulher que entra em trabalho de parto espontâneo.

Porém, seu uso indiscriminado pode acarretar em disfunção nos partos que evoluiriam perfeitamente com o hormônio natural. A ocitocina sintética promoveu aumento nas taxas de complicações e cirurgias intraparto<sup>8</sup>, isso porque ela aumenta o ritmo e a intensidade das contrações uterinas, aumentando o risco de alterações na frequência cardíaca fetal e no auxílio de oxigênio para o feto durante o parto.

Segundo Quésia Villamil (2015), a ocitocina aumenta a chance de hemorragia pós-parto para a mãe, isso porque como o corpo não produziu a ocitocina responsável pelo parto, o corpo não produzirá a quantidade necessária de ocitocina para contrair o útero após a saída da placenta, o que aumenta o sangramento.

Além de tudo já mencionado, a enxurrada de hormônios do amor produzidos durante o parto é que provoca o prazer descrito pelas mulheres após o parto. A interferência exógena de um hormônio sintético pode afetar a beleza que é o nascimento.

### **1.2.5 Restrição na posição do parto**

A maioria dos partos dentro das instituições hospitalares é feito com a mulher na posição de litotomia ou supina<sup>9</sup>. Apesar de enquadrada em “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” pela OMS (1996), as mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição horizontal, com a barriga pra cima, durante o trabalho de parto. Essa posição prejudica a dinâmica do parto e é desconfortável para a parturiente.

---

<sup>8</sup> Quando o trabalho de parto se inicia de forma espontânea, com contrações e dilatação, porém o parto normal por algum motivo que não podia ser previsto antes de começar o trabalho de parto deixa de ser indicado. Então opta-se por uma cesárea intraparto.

<sup>9</sup> Posição de litotomia e supina são posições horizontais de barriga para cima.

A posição supina tem sido amplamente usada no segundo período do trabalho de parto, a despeito da evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário nessa posição. (AMORIM, 2010)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também se manifestou contra a restrição na posição de parto, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 26 DE 2008, assegurando à gestante “condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos”. As mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável.

Existem outras posições mais confortáveis para o trabalho de parto que a de supina, como a de cócoras, que é uma posição vertical. Essa posição permite que o diâmetro do canal que sai o bebê dilate, facilitando sua saída. Segundo Amorim (2010), as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, com o balanço das evidências a favor das posturas não-supinas.

### **1.2.6 Negar a mulher o direito ao acompanhante**

A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente é de suma importância durante o trabalho de parto e pós-parto, pois transmite conforto e segurança para a mulher. Vários estudiosos, como DINIZ e DUARTE (2004, p. 57-59), ressaltam que existem evidências científicas que apontam que a presença de um acompanhante afeta positivamente a experiência do parto e a saúde da mãe e do bebê.

Os estudos sobre o impacto da presença constante de uma pessoa de suporte ao lado da parturiente indicam redução da taxa de cesarianas, da analgesia e de medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e da utilização de ocitocina, bem como o aumento da satisfação materna com a experiência vivida. (MAIA, 2008, p. 113 apud BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

No Brasil o direito ao acompanhante está previsto em lei. Em 2005 foi criada a Lei Federal nº 11.108/2005, a chamada Lei do Acompanhante, que dispõe o seguinte:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (BRASIL, 2005)

A Lei determina ainda que esse acompanhante seja indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o atual parceiro, sua mãe, um amigo, uma doula<sup>10</sup>, ou qualquer outra pessoa de sua escolha.

Considerando que o direito ao acompanhante junto à parturiente nem sempre é viabilizado, ora pelo desconhecimento da lei, ora pela falta de informação e descaso da instituição, foi promulgada também a Lei 12.895/2013 com o intuito de complementar a Lei 11.108/2005, tornando obrigatória a presença de avisos em hospitais do SUS e conveniados, comunicando às gestantes do seu direito ao acompanhante previsto na Lei 11.108/2005.

Apesar de legislada e recomendada pelo Ministério da Saúde, ainda existem barreiras para que a parturiente tenha na prática o direito à presença de um acompanhante. A justificativa dada pelas instituições hospitalares é a de que a infraestrutura é inadequada e, dessa forma, não comporta a presença de mais uma pessoa na sala do parto. Além de ser observado um despreparo por parte da equipe médica em lidar com a presença de um acompanhante, que fica intimidada com a possibilidade de ser questionada sobre sua conduta profissional.

### 1.2.7 Cesáreas eletivas

Faltavam três semanas pro meu bebê nascer e meu médico disse que minha bebê estava grande demais. Ele pediu para que eu fizesse um ultrassom e indicou um médico. Nós vimos nosso bebê se mexendo, estava tudo bem. Depois a gente viu uma imagem congelada com o bebê com três circulares no pescoço e logo ali a gente percebeu que não era nossa filha. [...] Fomos em outra clínica [...], fiz o ultrassom e não tinha circular no pescoço. Naquele dia retornei ao consultório do meu médico e mostrei para ele o segundo ultrassom, sem a circular no pescoço. Ele me perguntou se eu não havia ido no médico que ele indicou e eu falei que não. [...] Ai ele falou assim, 'Só que o bebê está grande, não posso fazer parto normal em você, vai ter que ser cesárea'. Perguntei se podia pelo menos esperar as contrações, algum indício de que o bebê estava pronto para nascer. Ele me respondeu que não, que eu poderia marcar o parto quarta-feira que vem, que se eu quisesse marcar ele faria cesárea para mim, se não eu poderia procurar outro médico. (CAMPBELL, 2013, O Renascimento do Parto)

Graças ao avanço da tecnologia no setor da obstetrícia, foi possível o aperfeiçoamento das técnicas de cesariana, tornando-se essa uma escolha comum entre as mulheres.

Segundo o pesquisador Joffre Marcondes, foi apenas no século XVIII que houve a introdução da prática obstetra, época em que haviam altas taxas de mortalidade materna e fetal no mundo. A cesariana só era praticada em casos especiais e era extremamente importante para salvar a vida de mulheres e bebês todos os dias – e ainda hoje é.

---

<sup>10</sup> Profissão praticada por mulheres sem experiência médica mas que dão suporte físico e emocional à gestante em trabalho de parto.

Mesmo sendo uma cirurgia que salva vidas, é importante lembrar que, por mais que existam os seus aspectos positivos, a cesárea continua sendo uma prática cirúrgica e, portanto, deve (ou deveria) ser usada excepcionalmente, pois oferece mais riscos à integridade da saúde e da criança que o parto normal. As complicações do seu procedimento podem ir de febres, infecções puerperais, até complicações mais graves como a ocorrência de síndromes hemorrágicas. Estudos indicam que as taxas de mortalidade materna associada à cesariana são até sete vezes maiores que a do parto normal. (BRASIL, 2008).

Entretanto, ignorando os índices negativos, a realidade no Brasil é outra. O país ocupa o segundo lugar no mundo no ranking de cesarianas. Enquanto a Organização Mundial da Saúde recomenda que o número de cesarianas não ultrapasse 15% dos partos totais, o percentual brasileiro de cesarianas chega a 57%.<sup>11</sup>

Segundo o jornal americano *The Washington Post*, “as cesarianas eletivas são, há muito tempo, um símbolo de status entre a elite brasileira, uma forma de algumas das mulheres mais ricas do país evitarem a imprevisibilidade do parto.” O jornal americano acompanhou os preparativos da cesariana de algumas mães brasileiras, que fazem questão de ter alguns serviços como maquiador e cabelereiro no quarto de hospital. O parto passou a ser, para um grupo elitizado, uma indústria de planejadores de festas, focada em transformar o nascimento em um espetáculo para o público.

Esse alto número de cesarianas pode ser explicado por dois fatores principais: a) cultural, uma vez que é implantada na mulher a ideia de que o parto normal causa flacidez no introito-vaginal e de que o parto normal é extremamente doloroso e sofrido, situação que fragiliza e amedronta a mulher no período gravídico ; b) por indicação médica, seja por atenção à obstetrícia preventiva, como são os casos de circular no pescoço, ou, como é observado na maioria dos casos, por pura conveniência, sem qualquer embasamento que evidencie a necessidade de indicação de cesariana e o seu agendamento ocorre muito antes do início do trabalho de parto. Quanto ao assunto, Elucida a obstetra Fernanda Macêdo:

O paciente tem todo aquele ranço cultural de achar que o parto cesáreo é mais controlado, menos arriscado, que ele não tem risco nenhum, que o bebê dele vai ser salvo. O médico por sua vez, apesar de ter aprendido que o parto normal é seguro, que é bom para a mãe e para o bebê, ele acaba acreditando um pouco nessa falsa verdade de que o parto cesáreo é mais seguro. (2013, *O Renascimento do Parto*)

São muitas as razões para um médico preferir a realização de uma cesariana, alguns podem ser elencados neste trabalho: a) sua facilidade - os médicos retiram o bebê em 15 ou 20 minutos, eles podem voltar aos seus escritórios e atender os seus pacientes (DAVIS-FLOYD,

---

<sup>11</sup> Informação extraída do site do Senado Federal. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. de 2020.

2013); b) dinheiro - o valor que o plano paga pela realização do parto normal não compensa desmarcar um consultório inteiro para ficar à disposição de uma só mulher em trabalho de parto; Ganha-se mais dinheiro em uma tarde atendendo em consultório que em uma tarde realizando um parto.

A realização de cesárea é muito mais lucrativa e conveniente também para as instituições hospitalares, isto porque, no sistema privado, a mulher tem que custear todo o procedimento de parto que, além da cirurgia, envolve equipamentos, anestesia, medicamentos, equipe médica e, em caso de necessidade, estrutura da UTI neonatal.

Frisa-se ainda que uma das causas mais conhecidas que fazem com que um médico antecipe um parto são as férias, feriados prolongados e fins de anos. Segundo o médico pediatra Ricardo Chaves, os números de internação em UTIs aumentam exageradamente nas vésperas de grandes feriados, isso porque nessas épocas as cesáreas ocorrem muito mais do que em dias comuns. Evidentemente esse aumento ocorre porque médicos querem passar o feriado sem o susto de ter que sair de casa para realizar um parto.

É em volta de todas essas conveniências médicas que se instalaram os mitos a respeito do parto normal. Existem diversas entidades fantasmagóricas dentro das clínicas: circular de cordão, bebê grande demais, bebê pequeno demais, grau de placenta avançado, pouco líquido, muito líquido (AMORIM, 2013). São indicações de cesariana que não existem.

Segundo estudos, a maioria das mulheres quando engravidam tem a preferência pelo parto normal. Ao longo do neonatal, com falas sutis dos profissionais como “Nossa, que bebê grande, será que passa?”, “Você tem certeza que quer parto normal? Dói bastante” é que a mulher passa a mudar de ideia. Esse tipo de mensagem subliminar vai minando dentro da cabeça da mãe que começa a se questionar se realmente é capaz de ter um filho da maneira natural.

No documentário “O Renascimento do Parto 2”, produzido em 2018, há o depoimento de várias mulheres que contam quais foram as desculpas ouvidas por elas para indicação de cesárea. Entre as mais absurdas estão problemas envolvendo “bebê preso na coluna”, “miopia” e “deslocamento na retina”.

É importante frisar que a prática da cesárea deve ser considerada uma exceção e não a regra. Durante o trabalho de parto, além do hormônio da ocitocina que é liberado, ocorre ainda o estímulo da produção de leite e substâncias químicas que auxiliam a respiração do bebê nos primeiros minutos de vida, processo que é prejudicado diante da aceleração do parto provocado pela intervenção médica desnecessária.

### 1.2.8 Violência psicológica

Eu fiquei tão abalada. Quando a enfermeira trouxe meu filho [...] eu olhei para ele e achei tão estranho, porque eu não senti emoção nenhuma de ver meu filho. Depois da cirurgia meu marido não pôde ficar comigo. Eu passei a noite com frio, preocupada com meu filho, sem saber como ele estava. Eu tenho uma sensação de abandono muito grande. E isso é uma coisa que reflete na minha maternidade, no meu ser humano. Eu sou uma mãe bastante insegura. Nunca imaginei que fosse assim. Isso marcou minha maternidade. Eu sempre acho que não vou ser capaz de dar conta, de ser mãe, de cuidar de um filho sozinha. (Depoimento de uma vítima, 2018, O Renascimento do Parto 3)<sup>12</sup>

Não obstante às condutas físicas prejudiciais à parturiente expostas aqui, tão importante quanto é a violência psicológica praticada contra a mãe, que constitui a violência mais comum no dia-a-dia médico-hospitalar. E, mesmo que tão recorrente, passa despercebida pela sociedade, que normaliza e a coloca como indissociável ao processo gestacional.

A violência psicológica dentro da obstetrícia pode ser compreendida como: a) a privação de informações à gestante a respeito dos procedimentos que vão ser desenvolvidos no decorrer do processo gestação, como também a privação de informações quanto aos seus direitos; b) abusos verbais através de comentários sexistas, ofensivos, constrangedores e discriminatórios; c) submeter a mulher a situações que a provoquem sentimento de abandono, inferioridade e medo; d) repreender a mulher para impedir que manifeste suas emoções, com frases como “Ah, na hora de fazer você não gritou tanto quanto está gritando agora, né?”; e) procrastinar o contato da mãe com o bebê após o nascimento. Para elucidar esses tipos de violência psicológica, transcrevo a fala de uma vítima, exibida no documentário “O Renascimento do Parto 2”, a vítima conta sua experiência:

Eu já estava com 42 semanas e meia. Fui para o hospital e a bolsa rompeu. Eu fiquei praticamente da meia noite até às quatro e meia da manhã absolutamente sozinha dentro de um quarto com a ocitocina ligada na veia. Era mais uma insegurança, um medo mesmo. “Será que posso levantar, não posso levantar?” Não bebi água, comida acho que nem podia. Não foi uma alma viva me dizer “Olha, está acontecendo isso, vamos fazer isso, vamos esperar até tal hora”. Ninguém. Eu fiquei sabendo, aliás, o que era a ocitocina muito tempo depois. Não sabia nem o que era que estavam colocando na veia. Meu marido não sabia nem onde eu estava.

Ademais, conversas paralelas dentro da sala de parto, ofensas, grosserias, entre tantas outras formas de violência psicológica que existem, fragilizam e marcam a vida das mulheres. Uma outra vítima, que relata sua experiência no mesmo documentário, afirma ter se sentido “um animal em cativeiro” durante seu trabalho de parto.

---

<sup>12</sup> Depoimento de uma vítima que começou o trabalho de parto normal e após o uso de ocitocina, que a causou extrema dor, acabou por fazer parto cesárea.



É importante salientar que condutas médicas que cerceiam o direito de livre decisão da mulher acerca do procedimento que vai ser realizado, de quem irá acompanhá-la, dentre outras prerrogativas que lhe são inerentes, além de ferir a dignidade, individualidade e valores culturais da mulher, também violam o Código de Ética Médica (BRASIL, 2009) que, em seu artigo 24 traz, como ato vedado ao médico: “Art. 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade de limitá-lo”.

Carafizzi (2014) sintetiza o que é a violência psicológica na obstetrícia:

Certo é que a violência obstétrica abrange situações que vão desde privar a gestante/parturiente de receber orientações e informações durante a gestação, inclusive sobre a possibilidade da realização da laqueadura das trompas caso ela seja maior de 25 anos e já tenha dois filhos; negar, negligenciar ou dificultar o atendimento, inclusive pré-natal; fazer constantes exames físicos e de toque desnecessários durante a gestação; fazer comentários jocosos<sup>13</sup>, constrangedores, ofensivos ou discriminatórios em razão de raça, cor, etnia, credo, condição social, orientação sexual, idade, escolaridade, compleição física da mãe ou do bebê e número de filhos; oferecer tratamento preconceituoso, acusatório, de ameaça, de culpabilização ou de coação, e/ou praticar maus tratos físicos em razão do abortamento, ainda que não espontâneo; submeter a gestante a sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade ou prestígio; induzir ao uso de medicamentos ou complementos alimentares sem necessidade; obrigá-la a peregrinar em busca de atendimento médico e/ou leito hospitalar; deixá-la sozinha, sem acompanhante, inclusive durante o parto, incomunicável, sem assistência, em jejum prolongado ou sem hidratação; fazer uso de anestesia e medicamentos indutores do parto que possam causar dores (em qualquer grau) ou danos físicos sem a comprovada necessidade, ciência e concordância da parturiente; obrigar a imobilização de pernas e braços durante o trabalho de parto; impedi-la de decidir sobre seu próprio corpo, de opinar e escolher, assistida pelo médico, sobre os procedimentos a serem realizados; obrigá-la a submeter-se à realização de episiotomia (corte feito na vagina para “facilitar” a passagem do bebê durante o parto) ou de uma cesariana sem a necessária indicação clínica; utilizar fórceps sem necessidade clínica e a concordância materna; impedir ou retardar desnecessariamente o contato com o bebê logo após o parto; impedir, por mera conveniência da instituição hospitalar o alojamento conjunto de mãe e filho, levando o bebê para o berçário sem necessidade médica; e impedir ou dificultar o aleitamento materno logo na primeira hora de vida, entre outras tantas.

O estudo das diversas formas de violência que podem ocorrer durante o período gravídico é importante para que os referidos atos sejam reconhecidos como violentos. A partir dessa análise, é possível compreender o movimento que propõe o oposto ao que acontece na violência obstétrica: a humanização do parto. É através do estabelecimento da humanização da assistência ao parto que se busca que os atos violentos no setor da obstetrícia não ocorram.

---

<sup>13</sup> Comentários jocosos são comentários que zombam, provocam risos, engraçados.

## CAPÍTULO 2 - A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Humanismo é prestar atenção nas necessidades do indivíduo, com respeito e dignidade durante o nascimento do bebê. Respeitando e honrando suas escolhas e garantindo que ela [a mãe] tenha suas escolhas, e que entenda suas opções. É muito fácil burlar o modelo humanizado. No humanismo superficial, você pinta o quarto todo bonitinho, você deixa a mulher com um acompanhante e você diz: ‘somos humanizados!’ mesmo com uma alta taxa de cesarianas. O outro tipo de humanismo é o humanismo profundo. Quando você realmente honra a profunda fisiologia do parto (...) (FLOYD, 2013, O Renascimento do Parto)

### 2.1 Entendendo a humanização na assistência ao parto

Em contrapartida às inúmeras formas de violência obstétrica mencionadas no capítulo anterior, há, no Brasil, um crescente movimento pela humanização da assistência ao parto. Mas o que poderia ser entendido como essa *humanização*?

Na assistência ao parto, o termo “humanizar” vem sendo empregado há várias décadas e de diferentes formas. A humanização da assistência ao parto, no sentido geral, vem para ressignificar o parto como uma experiência humana, e não mais como um processo mecânico que envolve necessariamente a dor.

A humanização, no sentido geral, tem como base o respeito e a valorização do ser humano, prezando sempre os compromissos éticos. Através dela, podem-se compreender melhor os problemas dos clientes e buscar soluções mais facilmente, favorecendo a participação, a autonomia, a responsabilidade e a atitude, fatores que melhoram a qualidade da atenção à população (RIOS, 2009).

Ainda de acordo com Rios (2009), a humanização não diz respeito a uma evolução biológica ou antropológica, porém refere-se ao ato de admitir, em sua essência, a natureza humana. Além, é elaborar acordos, diretrizes de conduta ética e de atitudes profissionais que vão ao encontro de valores humanos coletivamente coniventes. A humanização pode ser entendida como algo essencial do ser humano.

Para implantação de um modelo de cuidado humanizado, Helmo e Simões (2010) afirmam que é de suma importância que haja uma mudança de comportamento, em que o conhecimento científico passe a articular com aspectos afetivos.

Em suma, no caso de assistência ao parto, é preciso se pensar o cuidado à saúde intrinsecamente ligado à sensibilidade e afetividade, entendendo a mulher não só como um corpo, mas também como um ser holístico.<sup>14</sup>

Segundo Simone Grilo Diniz, há várias possíveis interpretações à humanização na assistência ao parto, afirma a autora:

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. (DINIZ, 2005, p. 635)

Ainda segundo Simone Grilo Diniz, podemos pensar a humanização usando de 6 interpretações diferentes, são elas:

a) *Humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência*: trata-se da prática orientada através das revisões sistemáticas de estudos clínicos, em detrimento ao antigo modelo de prática orientada pela opinião e pela tradição.

Pelo menos na interpretação dos ativistas, a humanização, no caso do parto, pressupõe que a técnica é política, e que inscritos nos procedimentos de rotina – na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo – estão "encarnadas" as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. Assim, a mudança técnica busca inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico. Propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o "moderno", enquanto a intervenção tecnológica acrítica, iatrogênica e sem base na evidência é o que se busca superar. (DINIZ, 2005, p. 633).

b) *Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos*: são as práticas que promovam um parto seguro, mas também uma assistência não-violenta, baseada nas ideias dos “direitos humanos”, dando às mães o direito de conhecer e decidir a respeito dos procedimentos que serão realizados durante seu parto.

Falar em humanização é também uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde. Entre eles os direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos); o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de

<sup>14</sup> Um ser holístico é aquele que busca entender os fenômenos por completo, como um todo, na medicina é considerado como um tratamento que tem em consideração a pessoa como um todo, não somente como um conjunto de seus sintomas. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/holistico/>.

procedimentos física, emocional ou moralmente penosos), o direito à equidade, tal como definida pelo SUS etc. Esta abordagem baseada nos direitos busca compor uma agenda que combine os direitos sociais em geral e direitos reprodutivos e sexuais em especial. Está relacionada à reivindicação do movimento de mulheres por desfazer as supostas incompatibilidades entre essas gerações de direitos, reivindicando sua integralidade. (DINIZ, 2005, p. 633)

c) *Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população*: essa adequação tecnológica geraria melhores resultados, com menos agravos iatrogênicos<sup>15</sup>, maternos e perinatais. É dizer: fazer o uso de recursos apropriados com racionalidade. Essa interpretação é extremamente importante, uma vez que crescem as evidências de que o excesso de intervenção leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal.

d) *Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto*: deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, do cirurgião-obstetra no evento do parto. Importante passar a considerar como elemento importante na realização do parto as enfermeiras obstétrizes. Desloca também o local privilegiado da sala de cirurgia para a sala de parto ou casa de parto.

e) *Humanização referida à legitimidade da gestante em participar das decisões sobre sua saúde e a melhora da relação entre os médicos/enfermeiras com as parturientes*: diz respeito a importância de diálogo entre médico e paciente, com mais tato e educação no tratamento, a importância da inclusão do pai e das doulas no trabalho de parto, bem como dar escolha à mãe a respeito dos procedimentos que se sujeitará.

f) *Humanização como direito ao alívio da dor*: importante destacar nesse ponto a necessidade de inclusão das pacientes que utilizam do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, levando em conta que até pouco tempo determinados procedimentos eram restritos às pacientes da rede privada – como a analgesia de parto. A escolha ou a contingência por parte do profissional da assistência ao parto sem analgesia é considerada pelos médicos má técnica ou "medicina para pobre", orientada pela carência de recursos.

A dor do parto é em grande medida iatrogênica, amplificada por rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a manobra de Kristeller, a episiotomia, entre outras. Por isso a experiência, para profissional, de infligir esses

---

<sup>15</sup> Agravos iatrogênicos são aqueles provocados pelo uso errado de medicamentos ou pelo tratamento médico incorreto.

procedimentos dolorosos, e para parturiente de submeter-se a eles, é muito diferente com e sem a peridural. E suportar a dor da paciente, provocada pelos procedimentos que ele pratica pode ser uma experiência muito penosa também para o profissional. A ponto de, em um estudo recente, a disponibilidade da anestesia peridural ser considerada pelos médicos o fator mais importante na lista de ‘boas condições de trabalho do obstetra. (Diniz, 2004).

Importante destacar que os pesquisadores e integrantes dos movimentos pela humanização do parto consideram um dos grandes pontos a ser discutido o deslocamento da função principal da mão dos médicos-cirurgiões para outros profissionais.

Os entrevistados do documentário “O Renascimento do Parto” salientam, contudo, que para que o controle do parto saia do domínio dos médicos é necessário o reconhecimento da importância e capacidade de outros profissionais na atenção ao parto, tais como parteiras, obstetizas, enfermeiras obstétricas e doulas.

O documentário exhibe inclusive o exemplo das parteiras do Norte e Nordeste do Brasil que auxiliam inúmeros nascimentos, sem nenhuma formação acadêmica. Nesse mesmo contexto, o hospital não deve mais ser visto como lugar da segurança para o parto. Há, sim, outros lugares apropriados, tais como casas de parto e a própria residência da gestante. A Organização Mundial da Saúde reconhece que o lugar apropriado para o parto é aquele no qual a mulher se sinta bem e segura.

A principal questão da humanização está em respeitar a decisão da mulher, em seu protagonismo, ponto que o médico Ricardo Gomes entende como fundamental para a humanização do parto, em consonância com outras duas questões:

visão integral do processo e mudança no paradigma de conhecimento que embasa os profissionais da área: Nós só vamos verdadeiramente humanizar o nascimento se oferecermos de volta para a mulher o pleno controle do seu destino e o pleno controle do seu parto. Os três pontos fundamentais que sustentam, portanto, a humanização do nascimento são: em primeiro lugar, o protagonismo restituído à mulher, que é fundamental. Em segundo lugar, uma visão integrativa e abrangente do fenômeno e não simplesmente do ponto de vista mecânico e fisiológico, mas abarcando também os aspectos psicológicos, afetivos, emocionais, espirituais, culturais e contextuais onde este parto está acontecendo. E o terceiro ponto fundamental é uma vinculação visceral com a medicina baseada em evidências. (2018)

## **2.2 A importância das doulas na assistência humanizada**

As doulas são acompanhantes de parto, mas são acompanhantes treinadas. Elas não fazem procedimentos de médico, nem procedimentos de enfermagem, da obstetrícia. Ela não substitui o acompanhante, ela tem um outro tipo de olhar, ela tem o olhar profissional sobre o parto, mesmo que ela não faça os procedimentos. (DUARTE, 2013, O Renascimento do Parto).

O processo de humanização da assistência ao parto deu protagonismo a uma função importante: as chamadas *doulas*.

O parto, além de um fenômeno lindo, é também um fenômeno amedrontador. Durante anos as mães buscaram ter por perto companhias femininas experientes, seja de sua mãe, irmã, tia, etc. Hoje, além da equipe de médicas obstetrias e de membros femininos da família, as gestantes podem contar com uma companheira muito especial: a doula. A palavra “doula” tem origem grega e significa “mulher que serve”.

No contexto atual, a profissão de doula é reconhecida e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e refere-se à mulher que está ao lado, que interage com a mãe, que ajuda a mulher em algum momento do período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação<sup>16</sup>. A função de doula já está catalogada no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), sob o número 3221-35, e tramita em nível nacional a regulamentação da profissão<sup>17</sup>.

O Ministério da Saúde já se posicionou, através da estratégia Rede Cegonha, em 2011, favorável à presença de doulas durante todo o período gestacional, afirmando que o apoio emocional dado por essas profissionais é bom não somente para a gestante, mas também para seus familiares.

O papel das doulas está intimamente ligada ao suporte emocional e físico necessário à gestante. Seu papel antes do parto é a de oferecer informações, bem como sugerir leituras, auxiliar na montagem do plano de parto, esclarecer as dúvidas e, por fim, preparar a mulher para o grande momento, ensinando técnicas e posições que diminuem a dor e proporcionam maior conforto. Elucida a obstetria Ana Cristina Duarte durante o documentário O Renascimento do Parto (2013): “Durante o pré natal ela ajuda essa mulher na preparação do plano de parto, ela informa, ela dá fontes de informação baseadas em evidência para essa mulher poder pesquisar, fazer seu plano de parto”.

Durante o trabalho de parto, a doula permanece do lado da mulher, fazendo massagens que minimizem a dor, indicando posições mais confortáveis e auxiliando nas movimentações da gestante. Além, ainda auxilia para que o parceiro participe mais ativamente do parto.

Após o parto, a doula oferece apoio com os cuidados com o bebê e ajuda no processo de amamentação.

Resultados de um estudo realizado pela enfermeira Maíra LS Takemoto e amplamente divulgado pela Câmara dos Deputados, por meio de um documento informativo, mostram evidências científicas que comprovam os benefícios da acompanhante.

---

<sup>16</sup> Dana R. The tender gift: breastfeeding. New York: Schocken Books; 1973.

<sup>17</sup> Informação retirada do site “Estadão”. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/saude-humanizada/qual-e-a-importancia-de-uma-doula-durante-a-gestacao/>. Acesso em: 4 de março de 2021.

Segundo o estudo, intitulado como “Doulas: definição e benefícios segundo as evidências científicas”, e disponível no site da Câmara dos Deputados, a presença das profissionais durante o trabalho de parto garante: a) trabalhos de partos mais curtos; b) experiência mais positiva e satisfatória de parto; c) parto menos doloroso; d) menor risco da utilização de fórceps; e) diminuição das cesáreas desnecessárias; e) bebês com menos dificuldade respiratória no nascimento; f) menor risco de depressão pós-parto; g) início mais imediato da amamentação.

Abaixo, transcrevo uma entrevista realizada via e-mail com Márcia Mayumi Araujo Ohira, profissional que trabalha há 3 anos como doula, a fim de elucidar a respeito do seu papel durante o parto e sua importância na vida da mulher grávida.

***1) Como começou seu caminho como doula? O que te levou a se interessar pela profissão?***

*Eu sou formada em fisioterapia e desde a época da faculdade eu já era apaixonada pelo trabalho com gestantes. Durante o meu estágio em saúde da mulher eu ouvi falar pela primeira vez sobre a Doula, mas não me aprofundi muito para entender a importância dessa profissional no ciclo gravídico/puerperal da mulher. Após me formar eu engravidei e sabia que eu queria ter o meu filho de parto normal, mas não sabia que teria tantos obstáculos vivendo em uma sociedade cesarista. Apesar de ler muita coisa na internet eu fui para a maternidade cedo demais, não sabia o que era viver um trabalho de parto e não tinha ninguém que pudesse me ajudar, pois todas as mulheres que eu conhecia fizeram cesárea. Por isso acabei passando por várias intervenções que hoje eu vejo que foram desnecessárias, desde me internarem sem nenhum sinal de trabalho de parto apenas porque eu estava na data da minha DPP (data provável de parto), passei por uma indução dolorosa, me fizeram episiotomia e quase sofri uma manobra de Kristeller, que hoje é considerado violência obstétrica por causar lesões graves no bebê e/ou na mãe.*

*Foi com a experiência do meu primeiro parto eu entendi a importância do trabalho e da presença da doula na vida da gestante/casal que vai ter seu primeiro, segundo, terceiro ou quantos*

*filhos tiverem. "Se doula fosse um remédio, seria antiético não oferecer."*

**2) *Você acredita que as doulas são descredibilizadas por parte de alguns médicos?***

*Infelizmente sim, nunca passei por uma experiência de ser descredibilizada por outros profissionais, já ouvi comentários positivos pela minha presença no cenário de um parto, mas sempre ouço relatos de outras doulas sobre situações chatas ou constrangedoras que já passaram.*

**3) *Quais as vantagens de se ter uma doula?***

*A doula faz um acompanhamento ao longo da gestação trazendo muita informação atual e de qualidade, informações provindas de estudos e pesquisas, baseados em evidências científicas, essa parte chamamos de educação perinatal. Então a gestante e seu acompanhante se preparam para viver essa fase tão importante seguros e empoderados para fazerem suas escolhas (desde a escolha dos profissionais de saúde que os acompanharão, escolha do ambiente do parto - hospitalar, casa de parto, domiciliar - até escolhas sobre questões do próprio trabalho de parto e parto e também como desejam que seja a recepção do bebê logo ao nascer). Durante o trabalho de parto a doula está lá para prestar assistência à mulher, dando a ela apoio físico e emocional, como auxiliar no alívio da dor das contrações, ajudar com as posições que ela pode se sentir mais confortável, lembrar sua força, sua capacidade e que logo ela estará com seu grande amor em seus braços.*

*E hoje já existem estudos que comprovam que a presença constante da doula diminuem as chances de se ter uma cesariana, acarretam na menor duração do trabalho de parto e na maior satisfação com a experiência do parto. E no pós-parto ter uma doula aumenta a taxa de sucesso na amamentação e diminui a ocorrência de depressão pós-parto.*



**4) O parto humanizado precisa ser necessariamente na banheira e sem analgesia, como muitos pensam?**

*O parto humanizado pode ser um parto hospitalar, domiciliar, na banheira, na banqueta de parto, na cama ou na maca hospitalar, pode ter analgesia ou não e ao final o bebê pode até mesmo vir através de uma cesariana. Porque na verdade o termo humanizado não quer dizer um tipo específico de parto, mas o tipo de assistência que a mulher irá receber dos profissionais que a assistirão. A assistência humanizada é aquela onde a mulher é vista como protagonista de seu próprio parto, seu corpo é capaz de parir, suas decisões (presentes no plano de parto e conversadas durante as consultas pré-natais) são respeitadas diante daquilo que é seguro e, quando for preciso realizar algum tipo de intervenção, a mulher é comunicada e participa das decisões junto com os profissionais de saúde que a acompanham.*

**5) Existem diversas dicas de exercícios pré-parto e coisas para estimular e ajudar a hora do parto, qual a sua dica para as mulheres que já se aproximam do grande dia?**

*Relaxar, descansar e se preparar mentalmente para o seu grande dia. Muitas mulheres buscam se preparar fisicamente, fazem Pilates, hidroginástica, treino com personal especializado em gestantes, yôga e tudo isso é muito importante sim. Se preparar fisicamente ajuda tanto no trabalho de parto como também na recuperação do pós-parto. Mas o que eu costumo falar para as gestantes que eu atendo é que o parto começa primeiro na mente, então, façam seus exercícios, mas treinem também sua mente, seu psicológico para que ele não te sabote com medo e ansiedade quando chegar a hora. Então os exercícios que eu mais gosto de indicar são o mural de afirmações positivas para o parto, que consiste em escrever frases positivas sobre como ela é forte, como o seu corpo é capaz, que as contrações são suas amigas e tantas outras, colocar essas frases em um lugar que ela passe por ele todos os dias e sempre que ela passar parar por alguns segundos e repetir para ela mesma cada uma das frases. E o outro exercício que eu sempre peço para fazerem é uma carta, escrevendo tudo o que ela deseja que aconteça no dia em que as contrações*

*estiverem consistentes e que ela percebeu que já está em trabalho de parto, e Ler essa carta todos os dias. por exemplo "hoje, segunda-feira, dia 26/04/2021 amanheci com as contrações mais intensas do que ontem, acordei às 2 da manhã, fui para o chuveiro e fiquei lá por quase 1 hora, voltei para a cama, mas as contrações continuam vindo com bastante intensidade. As 5 da manhã chamei a minha doula, coloquei minha play list, ao longo do dia comi tal comida, fui para o hospital tal hora e etc...", eu peço que elas deixem sua imaginação fluir nesse momento. Esses exercícios estão relacionados com o que a neurociência explica sobre treinar o cérebro a viver um evento, mesmo nunca tendo-o vivido.*

#### **6) Como a experiência de parto da mulher influencia no seu pós-parto?**

*A experiência de parto pode influenciar na saúde física e mental da mulher e pode tem interferir em sua relação com o seu bebê. Portanto mulheres que passaram por partos violentos, traumáticos, onde se sentiram desrespeitadas, ignoradas e até mesmo humilhadas pelos profissionais que a acompanharam tem um maior risco de terem depressão pós-parto, não conseguirem criar um vínculo natural e saudável com seu bebê ou atrapalhar até mesmo a amamentação.*

Conclui-se que a doula é fundamental para o trabalho de parto, seja ele normal ou cesárea, tornando-se um dos principais pontos discutidos quando se fala de parto humanizado. Segundo a antropóloga Robbie Davis-Floyd (2013), “as doulas são as intervenções mais humanizadas no nascimento: uma mulher apoiando outra mulher”.<sup>18</sup>

Porém, apesar de se tratar de um trabalho incentivado por órgãos responsáveis pela saúde e que comprovadamente oferece retorno positivo para as mulheres/mães, a presença de uma doula dentro de determinados ambientes hospitalares ainda não é bem vista por todos os profissionais da área de saúde. A razão disso é porque alguns profissionais da saúde consideram a presença de muitas pessoas dentro da sala de parto desnecessária, em síntese, julgam que a presença de uma doula sequer faz diferença durante o evento.

---

<sup>18</sup> Fala retirada do documentário “O Renascimento do Parto”, de 2013.

## 2.3 O movimento pela humanização do parto no Brasil

O movimento pela humanização do parto não é novidade e vem ganhando espaço na mídia e no meio acadêmico através da articulação de mulheres pela melhoria na assistência ao parto. Nos Estados Unidos e na Europa, desde o século XX já havia mobilização contra a chamada “industrialização do parto”, mas ela foi intensificada após a Segunda Guerra Mundial (ODENT, 2003).

De acordo com Nogueira (2015), o movimento social pela humanização do parto e do nascimento foi criado, no Brasil, como alternativa à violência institucionalizada sofrida pelas gestantes no ambiente hospitalar.

Nesse contexto, importante citar o papel de alguns movimentos que foram criados para contribuir para a melhoria da assistência no Brasil.

### 2.3.1. A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)

Criada em 1993, a ReHuNa nasceu de uma reunião entre pessoas – entre elas representantes de grupos e entidades, que tinham uma preocupação em comum, qual seja: “*a situação atual do nascer em nossa sociedade*”.

A organização foi criada através da análise de razões, motivos e circunstâncias que geram a violência e o constrangimento na saúde reprodutiva. Nasceu com o objetivo de proporcionar melhorias na qualidade de vida, bem estar e bem nascer, aliadas na luta por uma vida mais humana, digna e saudável.

Foram diversas as contribuições da organização para a melhoria da assistência ao parto, dentre as quais cabe citar: a) a “difusão de conhecimentos”, por meio dos quais houve formulação de materiais voltados à informação e, também, a realização de eventos relacionados ao assunto; b) a “gestão do cuidado”, por meio da qual a ReHuNa demonstrou como deveria ser um atendimento humanizado, garantindo o bem-estar da mãe e da criança; c) a contribuição para a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria na assistência obstétrica; d) o processo de formação de profissionais para atenção humanizada ao parto e ao nascimento, inclusive com oferecimento de curso de capacitação de doulas; e) a lei do acompanhante; f) o aumento da produção científica sobre o tema.

Seu engajamento pela melhoria da assistência ao parto gerou grande visibilidade. Pessoas filiadas à organização têm sido consideradas referências na consultoria de políticas

públicas, participando da elaboração de documentos técnicos e de importantes projetos pela humanização, como a Mobilização Social da Rede Cegonha <sup>19</sup> (BRASIL, 2014).

### **2.3.2 A Parto do Princípio**

Outra organização que tem como eixo de atuação principal a promoção dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher é a Parto do Princípio, em especial no que se refere à maternidade consciente.

A organização promove diversas ações a fim de fomentar o empoderamento feminino, tais quais: a) produção e divulgação de material informativo a respeito da saúde reprodutiva e sexual da mulher, bem como seus direitos; b) realização de grupos de apoio presenciais em diversas partes do país com encontros periódicos e gratuitos; c) participação de campanhas e eventos que visam à melhoria das condições de assistência pré-natal, parto e abortamento; d) produção de trabalhos que viabilizem a violência de gênero, entre outros.

A rede possui divulgação também por meio de plataforma virtual<sup>20</sup>, local onde fornece diversas informações de maneira didática e de fácil acesso. As informações são referentes aos direitos da parturiente, como a licença maternidade e paternidade, bem como fornece canais de denúncia à violência obstétrica.

### **2.3.3 Artemis**

Associação mais recente, a Artemis surgiu em 2013 e desde então tem trabalhado constantemente na defesa de direitos adquiridos e na representação legal das demandas das mulheres. Dentre suas ações, a rede visa a promoção da autonomia feminina e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, visando uma sociedade mais justa e igualitária.

Ainda, atua na questão da humanização do nascimento, com a elaboração de um modelo de Plano de Parto, participação em audiências públicas relativas à temática de violência obstétrica, capacitação de defensores públicos em violência obstétrica e reuniões

---

<sup>19</sup> A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede\\_cegonha.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf)

<sup>20</sup> As informações podem ser acessadas através do link <https://www.partodoprincipio.com.br/>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2021.

com vereadores e deputados federais e estaduais para averiguação e cumprimento da legislação referente ao tema.<sup>21</sup>

### **2.3.4 O hospital Sofia Feldman**

A Comissão pela saúde das gestantes de Belo Horizonte trabalha com todos os parceiros, a gente coloca todo mundo junto, inclusive setor privado, vigilância sanitária, conselhos de direitos, conselhos de saúde, representantes das mulheres, representativa diversa para construir um outro referencial, um outro paradigma, e o Sofia Feldman contribui muito nisso. (LANSKY, 2018, O Renascimento do Parto 2)

O hospital Sofia Feldman (HSF), localizado em Belo Horizonte, é uma importante experiência de assistência humanizada a se destacar. O hospital presta assistência materno-infantil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e busca desenvolver ações de saúde para a mulher e a criança em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhimento e formação de vínculo.

O Sofia Feldman é a maior maternidade do país, atendendo 100% SUS e chegando a fazer uma média de mil partos por mês.

### **2.3.5 As marchas das mulheres**

O início dos movimentos pela humanização do parto aconteceu nas décadas de 60 e 70, quando foi fortalecido o questionamento quanto à sexualidade e elementos que afetam a saúde da mulher, como a gestação e o parto. O movimento passou a ganhar mais força no início do século XXI, dada a alarmante realidade obstétrica no Brasil.

Em junho de 2012, o movimento teve um marco histórico: iniciaram-se no Brasil marchas que foram intituladas como “Marcha pelo Parto em Casa” (MPC).

O que deu início a esse movimento foi uma reportagem concedida pelo obstetra Jorge Kuhn ao Fantástico, na Rede Globo. Na ocasião, o médico tratou sobre a importância e a segurança do parto domiciliar. Após ir ao ar a entrevista, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) censurou o médico, publicizando sua intenção de denunciar o entrevistado ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo, para que houvesse uma punição por seu posicionamento favorável ao parto domiciliar<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> As informações foram retiradas do site da associação, que pode ser acessado através do link <https://www.artemis.org.br/historia>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2021.

<sup>22</sup> Disponível em: <http://www.cremerj.org.br/informes/exibe/1285>. Acesso em: 1 de março de 2021.

Imediatamente começaram articulações nas redes sociais de pessoas que se mostravam indignadas com a atitude arbitrária do Conselho de Medicina, sendo então idealizada a MPC. As demandas da marcha eram relativas ao direito à liberdade de escolha, à liberdade de opinião, à humanização do parto e pela melhoria das condições da assistência obstétrica e neonatal no país.

Na oportunidade, pediam providência para que fossem controladas as altas taxas de cesarianas, o que posicionava o Brasil entre os primeiros colocados no ranking mundial em cesáreas. Em contramão ao problema, os integrantes da MPC acreditavam que o parto domiciliar seria uma alternativa para diminuição desse alto índice.

A Marcha pelo Parto em Casa foi organizada através das redes sociais. Sua realização ocorreu nos dias 16 e 17 de junho de 2012 em 31 cidades do Brasil e uma no exterior, espaços nos quais as mulheres afirmavam seus direitos de escolha, de manter sua integridade física e de uma experiência saudável de parto.

As organizadoras da marcha afirmaram que não defendem especificamente o parto em casa, mas sim o parto humanizado e o direito de escolha da mulher. Segundo Ana Cristina, que trabalha tanto em partos domiciliares como hospitalares, em entrevista ao site de notícias *Uol*<sup>23</sup>(2012), o objetivo da marcha “é trazer visibilidade para a questão que está em um terreno sombrio da legislação”.

A MPC obteve grande visibilidade nacional, sendo noticiada em canais televisivos e em sites. Como resposta, a Cremerj publicou duas resoluções contrárias ao posicionamento das ativistas: a Resolução nº 256/2012, que proibia os profissionais da área da saúde do Rio de Janeiro de assistirem partos domiciliares, e a Resolução n. 266, que proibia os profissionais dos estabelecimentos de saúde de permitir o trabalho de certas profissionais voltadas à assistência humanizada, como as doulas.

Houve, então, nova Marcha do Parto. O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro entrou na justiça contra as resoluções do Cremerj e, a partir de então, o movimento conseguiu resultados positivos: o então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, acolheu as demandas do movimento social e, também, o Ministério da Saúde se posicionou publicamente favorável à defesa das políticas públicas que incluem parteiras tradicionais e doulas.

---

<sup>23</sup> Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/06/17/marcha-pelo-parto-em-casa-acontece-hoje-pelo-pais-conselho-vai-abrir-sindicancia-contr-medico-que-defendeu-a-pratica-na-tv.htm>. Acesso em: 1 de março de 2021.

### 2.3.6. Equipe Renascer – Goiânia

A Equipe Renascer foi criada em 2010 com o intuito de promover a humanização na assistência ao parto e ao pós-parto, proporcionando técnicas para as mulheres/mães que visam proteger a saúde da mulher e do bebê, bem como priorizando o protagonismo da família durante o trabalho de parto.

A Equipe é composta por dois enfermeiros obstetras especializados ao atendimento integral à família durante a gestação, parto e pós-parto e atende cerca de 90 famílias em Goiânia e cidades próximas, garantindo o protagonismo da mulher no momento do parto e aos cuidados do bebê<sup>24</sup>.

Além de fazer o acompanhamento pré natal, a equipe acompanha também o momento do parto e pós parto, momento em que auxilia nos cuidados necessários com o bebê, com a mulher, com a amamentação e técnicas de extero-gestação<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> As informações foram retiradas do site “Viver Goiás”, disponível através do link: <https://www.vivergoias.com.br/noticia/a-busca-pelo-parto-humanizado-tem-se-tornado-cada-vez-mais-frequente>. Acesso em: 1 de março de 2021.

<sup>25</sup> O termo extero-gestação é utilizado para descrever um período gestacional realizado fora do útero, após o parto do bebê. Nessa fase, os pais devem tentar recriar o ambiente uterino fora do corpo da mulher para aumentar o conforto da criança.

### CAPÍTULO 3 - UM OLHAR JURÍDICO DESTA PROBLEMÁTICA NO BRASIL

Dos importantes elementos tratados até aqui como a questão de gênero, o patriarcado e o corpo da mulher, surge um questionamento: *Como o conceito de violência obstétrica, originado do encontro entre conhecimentos das ciências humanas, sociais e da saúde, está sendo construído e abordado pelo Direito, seja pelas leis, doutrina ou jurisprudências?*

No Brasil, como será analisado adiante, inexistente legislação que defina e criminalize a violência obstétrica, porém em outros países da América Latina, como Venezuela e Argentina, providências legislativas já foram tomadas. Na legislação venezuelana há a caracterização da violência e são previstas sanções para os profissionais que descumprirem a norma, responsabilizando também civilmente quem comete o delito, assegurando à mulher direito à reparação pelos danos causados.

A legislação Argentina é um grande exemplo se tratando de garantias e direitos durante o período gestacional, trabalho de parto, parto e pós parto por estimular a autonomia da mulher, conforme o artigo 2º da Lei (Ley Nº Ley Nº 25.929/2004<sup>26</sup>).

Ainda, a Argentina promulgou em 2009 uma lei<sup>27</sup> que visa a prevenção, punição e o fim deste tipo de violência contra a mulher. Nesse contexto, conceitua a violência obstétrica em seu artigo 6º, “e”, como aquela que parte de um profissional da saúde, que, de modo geral, trate o nascimento como um evento médico e coloque em risco os direitos reprodutivos da mulher.

---

<sup>26</sup> Tradução livre: "Artigo 2º.- Toda mulher, em relação à gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, tem os seguintes direitos: a) A ser informada sobre possíveis intervenções médicas que venham a ocorrer durante esses processos de maneira que possa optar livremente quando existir outras alternativas. b) A ser tratada com respeito, e de modo individual e personalizado que lhe garanta intimidade durante todo o processo assistencial e leve em consideração suas diretrizes culturais. c) A ser respeitada em sua situação, respeitando o processo do nascimento, como uma pessoa saudável, de forma que facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto. d) À um parto natural, respeitando o tempo biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e o uso de medicamentos se o estado de saúde da parturiente e do bebê estiverem bem. e) A ser informada sobre a evolução do parto, sobre o estado do bebê e, no geral, estar envolvida nas diversas ações dos profissionais da saúde. f) Não deve ser submetida a nenhum exame ou intervenção cujo objetivo seja investigar, exceto para consentimento por escrito sob protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética. g) Ser acompanhada por uma pessoa da sua confiança e escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. h) Ter seu bebê ao seu lado durante a permanência na unidade de saúde, desde que o recém-nascido não necessite de cuidados especiais. i) Ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da amamentação e receber apoio para o enfermeiro. j) Receber conselhos e informações sobre o cuidado de si e da criança. k) Ser informada especificamente sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas na criança."

<sup>27</sup> Lei nº 26.485, de 11 de março de 2009 - "Lei de proteção abrangente para prevenir, punir e erradicar a violência contra mulheres em áreas onde desenvolvem suas relações interpessoais".



*Aquella que ejerce el personal de la salud sobre el cuerpo u los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929*<sup>28</sup>(ARGENTINA, 2018b).

### **3.1 O (des)amparo do sistema normativo brasileiro atual**

Primeiramente, importante destacar que o objetivo desse tópico é fazer um panorama nacional referente à normatização da violência obstétrica, ou da falta dessa. Assim, os assuntos abordados aqui serão analisados a fim de entender quais são os mecanismos brasileiros atuais para garantia de um parto com menos violência e maior humanização na sua assistência.

Por se tratar de um conceito ainda em construção e que tem ganhado força recentemente através dos movimentos sociais, sabe-se que no Brasil, atualmente, não existe nenhuma lei federal específica que verse sobre a garantia de uma assistência adequada à gravidez, bem como a punição nos casos em que ocorra violência obstétrica.

Com a falta dessa importante legislação, os órgãos que regulam os comportamentos médicos, bem como os que amparam a vítima, criaram soluções no âmbito do direito administrativo que buscam regulamentar as questões pertinentes ao assunto. Importante citar aqui alguns exemplos.

#### **3.1.1 Iniciativas de órgãos governamentais**

Uma iniciativa importante é o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000 pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569, de 1/6/200.

---

<sup>28</sup> Tradução livre: “Aquela que o profissional da saúde exerce o sobre os corpos e processos reprodutivos das mulheres, por conta de um tratamento desumano, e de um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais”.

O seu objetivo primordial é 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<sup>29</sup>.

O PHPN delega a competência para a articulação da assistência humanizada e erradicação da violência obstétrica para os âmbitos: federal, a partir da articulação do gestor federal com os estados, municípios e Distrito Federal para a implantação do Programa, estabelecendo mecanismos de controle, de avaliação e de acompanhamento desse processo; e estadual, a partir da articulação do setor estadual para elaborar os Planos Regionais, que assegurem e garantam a assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção.

O Programa apresenta critérios para inclusão dos parceiros no Programa, além de orientar quanto aos procedimentos necessários para obtenção de recursos financeiros. São eles: a) Incentivo à Assistência Pré-natal - objetiva a assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo PHPN, instituindo incentivos financeiros para os municípios que optarem pela adesão e atingirem os critérios mínimos recomendados pelo PHPN; b) Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal - pretende a estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal e, por último c) Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto - tem por fim a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), elevando o valor e alterando a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto.

Outra importante iniciativa, e talvez a de maior visibilidade, a ser destacada aqui neste trabalho é a declaração dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através de uma cartilha intitulada: “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”.

A OMS, através da referida cartilha, declarou que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso”. Ainda, a organização se posicionou em afirmar que tal tratamento desrespeitoso às mulheres

---

<sup>29</sup> Informação retirada da cartilha lançada pelo Ministério da Saúde, intitulada “Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento”. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 4/2/2020.

durante o parto nas instituições de saúde não violam apenas os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação.

A declaração objetiva convocar todos para maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre o tema orientando das medidas que devem ser tomadas: a) maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e maus tratos; b) começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; c) enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; d) produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; e) envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Além de outras iniciativas de órgãos governamentais as quais não serão citadas neste trabalho, importante destacar outro projeto criado pelo Ministério da Saúde, intitulado como “*Rede Cegonha*”.

A Rede Cegonha foi criada com o objetivo de “implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção à humanização à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis”.<sup>30</sup>

### **3.1.2 Iniciativas governamentais**

Cumprido destacar que, em que pese não existir nenhuma lei federal que verse sobre o tema, é reconhecida a existência das agressões durante o período gravídico, principalmente durante o parto. Por essa razão, para que os juristas possam atuar em benefício das mulheres, precisam se amparar em projetos como os referidos acima, bem como na atual legislação, mesmo que ela não contemple especificamente o tema.

Um dos exemplos de legislações que podem ser pautadas para garantia de direitos das parturientes é a Lei 11.340/006, denominada Lei Maria da Penha.

---

<sup>30</sup> Informação retirada do site do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha> Acesso em 4/2/2020.

Apesar da Lei da Maria da Penha versar sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher, ela traz interessantes conceitos que podem ser apropriados no momento de ingressar na via judicial, possibilitando compreender o que vem sendo feito com as gestantes, parturientes e puéperas como uma forma de violência psicológica e sexual.

Para exemplificar a aplicação da referida lei em casos de violência obstétrica, cabe citar o seu artigo 5º, visto que incorpora em seu texto a violência de gênero: “Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

Importante destacar que mesmo que a Lei Maria da Penha verse sobre a violência de gênero, ela não pode ser aplicada expressamente em casos de violência obstétrica, visto que é obrigatório o elemento subjetivo de que a violência ocorra no meio doméstico/familiar.

Ainda, a violência obstétrica é regulada – mesmo que não diretamente – pela Constituição Federal. Na Carga Magna, a violência fere primordialmente os seguintes artigos:

Artigo 5º, que versa:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:  
(...) (BRASIL, 1988).

O artigo 5º da CF prevê em seus incisos princípios que são considerados fundamentais e são feridos em uma situação de violência obstétrica, são eles: a) II - princípio da legalidade – vedação a direito garantido por lei; b) III - tratamento assemelhado à tortura, desumano e degradante; c) X - violação da intimidade e da vida privada; d) XXXII - defesa do consumidor – todos os institutos a serem interpretados favoravelmente à consumidora dos serviços em saúde;

Ainda, fere o direito à saúde, previsto no artigo 196, o dever do poder público fiscalizar o cumprimento da lei de saúde (previsto no artigo 197) e, por último, o artigo 226, que versa sobre a proteção da família.

Ademais, tendo em vista que o Brasil também não possui nenhum tratado internacional que verse sobre a violência obstétrica, é importante destacar o papel da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, que aconteceu em Belém do Pará, conhecida como Pacto San José da Costa Rica.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher foi adotada pelo Brasil em 1994.

Durante a convenção, os Estados membros convieram vários debates sobre assuntos que envolvem direitos humanos, e, dentre eles, definiram o conceito de violência contra a mulher como “(...) ofensa à dignidade humana e uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens (...)”, considerada como tal “(...) qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Artigo 1º).

A Convenção considera que a violência contra as mulheres caracteriza-se também como violência contra os direitos fundamentais e humanos, limitando que as mulheres possam exercer suas vontades livremente, como por exemplo quando tratamos do seu direito reprodutivo. Dessa forma, falando especificamente da violência obstétrica, impedir que a mulher exerça seu livre exercício dos direitos configura-se também como uma violação dos direitos humanos das mulheres, afetando seu pleno desenvolvimento.

Ainda tratando da Convenção de Belém do Pará, forçoso destacar que embora o Brasil seja um estado membro e tenha ratificado a Convenção, sua utilidade ficou apenas na teoria, haja vista que até hoje o país não criou mecanismos que coíbam a violência de gênero, mormente a violência obstétrica, ficando essa garantia sujeita à luta de mulheres para que ocorram as necessárias mudanças na legislação brasileira.

Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados Partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos. (BRASIL, 2018a)

Ainda falando sobre a Convenção, a título de sintetização da ideia, conclui-se que a violência obstétrica fere artigos dessa importante Convenção de Direitos Humanos, são eles: a) artigo 7º - direito à liberdade pessoal; b) artigo 12 – direito à liberdade de consciência; c) artigo 17 – direito à proteção da família.<sup>32</sup>

Ademais, além de iniciativas dos órgãos governamentais e convenções internacionais, impulsionados pelos movimentos sociais, há leis regionais que visam erradicar a violência obstétrica e merecem ser citadas aqui, ainda que não analise todas.

### **3.1.3 Leis estaduais/regionais que atuam no combate à violência obstétrica**

Em 2017, o estado de Santa Catarina sancionou a Lei nº 17.097 que defende as mulheres na hora do parto e no pós parto. Em seu artigo 1º, temos o seguinte texto: “A

---

<sup>32</sup> Informações podem ser encontradas no site: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm> Acesso em 9/2/2021.

presente lei tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal”.<sup>33</sup>

A lei julga, em seu artigo 2º, que a violência obstétrica pode ser considerada como aquela violência cometida contra a gestante tanto por profissionais da área da saúde quanto por membros da família, podendo se manifestar tanto por meio de forma física quanto verbal.

Cumprido destacar que a referida lei, em seu artigo 3º, traz um rol exemplificativo de algumas situações que são consideradas violência verbais ou físicas, estando entre elas: a) tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; b) tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; c) deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer; d) proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível.

Em Minas Gerais, em 2019, o governador sancionou a Lei 23.175/18, com base no projeto de Lei 4.677/17 da deputada Geisa Teixeira (PT). A Lei garante o atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento. Segundo a deputada Geisa Teixeira:

Com a lei, nós queremos que as mulheres tenham acesso à informação sobre os seus direitos e que não haja mais a violação destes direitos, porque isso causa traumas físicos e psicológicos, no pré-parto, no parto, no puerpério e também em situações de abortamento.<sup>34</sup>

Com a norma, ficam condenadas quaisquer práticas que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia no Estado de Minas Gerais.

Recentemente, no Mato Grosso do Sul, o deputado estadual Capitão Contar apresentou proposta de lei à Assembleia Legislativa de Mato Grosso do Sul que visa informar a mulher gestante, parturiente e em situação de abortamento o que é a violência obstétrica e como agir diante dela, denunciando ou mesmo cessando, quando possível.

A proposta foi aprovada e chegou ao governo do Estado de Mato Grosso do Sul, que a sancionou como Lei nº 5.568, de 16 de setembro de 2020, entrando em vigor dia 17 de setembro de 2020.

---

<sup>33</sup> Artigo 1º da Lei 17.097/17. Disponível em: [http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html)  
Acesso em: 9/2/2021

<sup>34</sup> Informação obtida do site Cofen (Conselho Federal de Enfermagem). Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-que-combate-a-violencia-obstetrica-em-minas-gerais-e-sancionada\\_67861.html](http://www.cofen.gov.br/lei-que-combate-a-violencia-obstetrica-em-minas-gerais-e-sancionada_67861.html)  
Acesso em: 9/2/2021

Cumpra ainda ressaltar que a legislação em esfera estadual não tem consequência jurídica, ou seja, em nenhum momento torna as práticas de violências obstétrica abordadas em seus artigos como crime, mesmo porque faltaria ao legislativo estadual essa competência, que deveria ser prevista constitucionalmente para tanto. Presume-se então que as referidas leis sirvam apenas de embasamento para uma possível ação de responsabilidade civil.

Observa-se que, em que pese as referidas leis auxiliarem no combate à violência obstétrica, há no Brasil a necessidade de criação de uma lei em esfera federal com o objetivo de instituir um tipo penal para os casos desse tipo de violência contra a mulher, assim como há a Lei Maria da Penha para casos de violência doméstica/familiar.

Hoje, no Brasil, existe apenas uma lei em esfera federal que versa sobre o tema: a Lei 11.108/05. A referida norma tem como objetivo garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, como referido em capítulo anterior, cumpre destacar que a citada lei, embora de âmbito federal, é diariamente descumprida por profissionais da área de saúde. Isso se dá, grande parte das vezes, pelo desconhecimento das mulheres a respeito do dispositivo e, conseqüentemente, desconhecimento sobre seu direito.

No documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), foram expostas cenas de um pai sendo destratado por uma enfermeira ao tentar acompanhar sua esposa durante o trabalho de parto. Na ocasião, ele mostrava a profissional a lei supramencionada, ouvindo como resposta “Eu sei qual é a lei. Sabe por que você não pode? Porque o diretor do hospital não permite. Sabe por quê? Vou te explicar. Aqui no hospital, como em qualquer outro hospital, não tem uma estrutura para cada *pacientzinho* no seu box, direitinho (...)”. Enquanto tenta ler a lei à enfermeira, ela retruca com grosseria, dizendo “Eu sei que está na lei, meu filho! O hospital não permite”. Quando questionada se ela vai descumprir a lei, mais uma grosseria: “Tá, meu filho. Não vou descumprir lei nenhuma, não.” A enfermeira justifica que a entrada do pai desrespeitaria outras parturientes presentes no local, uma vez que não há separação entre elas e ele estaria desrespeitando o espaço delas.

No Brasil existem alguns projetos de lei que estão em análise no Congresso Nacional. O Projeto de Lei nº 7.867, de 2017, da deputada Jô Moraes, conforme versa seu artigo 1º: “tem por objeto a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e

divulgação de boas práticas para a atenção á gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”<sup>35</sup>. O projeto em questão tem como princípio da humanização ao parto.

Ainda, os Projetos de Lei nº 7.633/2014, de autoria do Deputado Jean Wyllys, e o PL nº 8.291/17, de autoria do Deputado Francisco Floriano, tramitam no Congresso Nacional e também dispõem sobre diretrizes e princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério e a erradicação da violência obstétrica.

Ademais, a título de informação, existem outros Projetos de Lei estaduais que tramitam em suas respectivas Casas Legislativas e versam sobre o tema. Em Goiânia, a Assembleia Legislativa enviou em 2018, para sanção do então governador à época, o PL nº 2,186/2018, que foi votado e aprovado em segunda e definitiva votação no dia 12 de setembro de 2018.

Caso a lei seja sancionada, ela fixará no calendário do Estado de Goiás o dia 31 de março para a Prevenção e Combate à Violência Obstétrica. O objetivo é divulgar informações a respeito do tema para a população e conscientizar as mulheres sobre seus direitos e formas de denúncia para o combate à violência obstétrica, através de difusão de conhecimento e atividades de conscientização.

### 3.2 Análise jurisprudencial

O objetivo desse capítulo é investigar a violência obstétrica por meio de alguns julgados, observando a perspectiva do Poder Judiciário sobre o tema, principalmente no que diz respeito à promoção e garantia dos direitos reprodutivos da mulher.

A lacuna legislativa no que diz respeito ao tema ocasiona a demanda de ações judiciais com o intuito de que o Poder Judiciário proporcione preparação aos danos causados às mulheres e, também, aos bebês. Para tanto, buscou-se observar, a partir dos julgados selecionados: a unidade federativa do Poder Judiciário; o tipo de recurso; a decisão; o fundamento jurídico da sentença (como o Poder Judiciário se manifestou) e a data da decisão. Foram selecionados três julgados proferidos em 2019, quatro em 2020 e um em 2021.

**Tabela 1 - Julgado Tribunal do Amazonas**

UF	AM
<b>PEDIDO</b>	Ação de indenização por danos morais decorrente de negligência médica. Violência obstétrica. Responsabilidade civil.

<sup>35</sup> Informação retirada do site da Câmara dos Deputados. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=AC09E88E486EE2C6AC480F5277D5BCDB.proposicoesWebExterno1?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2017.097%2C%20DE%2017,no%20Estado%20de%20Santa%20Catarina](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AC09E88E486EE2C6AC480F5277D5BCDB.proposicoesWebExterno1?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2017.097%2C%20DE%2017,no%20Estado%20de%20Santa%20Catarina) Acesso em: 4/2/2021.



<b>RECURSO</b>	Apelação cível
<b>DECISÃO JUDICIAL 2º INSTÂNCIA</b>	Improcedência
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DA SENTENÇA</b>	A sentença aduz que para caracterização da responsabilidade do médico é preciso que haja demonstração dos requisitos: conduta culposa, dano e nexa causal entre a conduta e o dano, o que não ficou comprovado. Ademais, diante da análise das provas constantes nos autos, fica evidente a inexistência de culpa em quaisquer de suas modalidades (negligência, imperícia e imprudência). A sentença se fundamenta nos prontuários médicos que não apontam intercorrência na estadia da parturiente.
<b>DATA DA DECISÃO</b>	29 de abril de 2019

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados no sítio eletrônico Jusbrasil.

**Tabela 2 - Julgado Tribunal Rio de Janeiro**

<b>UF</b>	<b>RJ</b>
<b>PEDIDO</b>	Ação de responsabilização objetiva da administração pública por erro médico, com a configuração de violência obstétrica através do uso de fórceps, analgesia e episiotomia.
<b>RECURSO</b>	Embargos de declaração em apelação cível
<b>DECISÃO JUDICIAL 2º INSTÂNCIA</b>	Improcedência
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DA SENTENÇA</b>	A decisão é fundamentada pela não existência de obscuridade em sentença. Reconhecendo-se o uso do fórceps - que acabou por gerar deformidade na cabeça do nascituro, bem como a episiotomia, a analgesia sem autorização da mãe em um trabalho de parto que durou cerca de 43 horas, ocasião em que a equipe médica não optou por cesariana, não comprova erro médico. Evidencia a responsabilidade civil do ente público, mas alega não haver indícios suficientes de que a atuação dos agentes públicos geraram os danos sofridos no parto. Não ficou caracterizado o erro médico.
<b>DATA DA DECISÃO</b>	29/01/2020

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados no sítio eletrônico Jusbrasil.

**Tabela 3 - Julgado Tribunal Distrito Federal**

<b>UF</b>	<b>DF</b>
<b>PEDIDO</b>	Ação indenizatória por falha na prestação de serviço. Direito do Consumidor. Violência obstétrica.
<b>RECURSO</b>	Apelação cível
<b>DECISÃO JUDICIAL 2º INSTÂNCIA</b>	Recurso conhecido e não provido
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DA SENTENÇA</b>	Fundamento do convencimento e da sentença se deu através de laudo pericial, que concluiu que o feto estava em sofrimento fetal, sendo a atitude médica a única possível e correta. Considerou oitiva de testemunhas desnecessária. Nexa de causalidade entre o dano e o serviço prestado para caracterização de falha na prestação do serviço não configurado. Alegação de que o parto não ocorrera da forma pretendida pela mãe não configura violência obstétrica. Sentença mantida, condenando o pagamento das custas sucumbenciais.
<b>DATA DA DECISÃO</b>	2 de setembro de 2020.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados no sítio eletrônico Jusbrasil.

**Tabela 4 - Julgado Tribunal Goiás**

<b>UF</b>	<b>GO</b>
<b>PEDIDO</b>	Ação de indenização decorrente da proibição da presença do acompanhante no parto. Lei nº 11.108/05. Parto de risco. Conduta médica. Ausência de pressupostos

	ensejadores do dever de indenizar.
<b>RECURSO</b>	Apelação cível
<b>DECISÃO JUDICIAL 2º INSTÂNCIA</b>	Recurso desprovido
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DA SENTENÇA</b>	A sentença aduz que muito embora o direito ao acompanhante no trabalho de parto e no parto seja garantido por lei, não deve ele prevalecer quando houver risco à saúde da parturiente e/ou nascituro. Embora inegável que a proibição da presença do pai no nascimento de sua filha causou profundo abalo emocional nos autores, não foi vislumbrado nenhum ato ilícito perpetrado pela maternidade que enseje indenização pecuniária. Sentença que julga improcedente os pedidos iniciais mantida. Majoração do percentual dos honorários advocatícios sucumbenciais para 12% sobre o valor da causa.
<b>DATA DA DECISÃO</b>	31 de julho de 2020

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados no sítio eletrônico Jusbrasil.

**Tabela 5 - Julgado Tribunal São Paulo**

<b>UF</b>	SP
<b>PEDIDO</b>	Ação de indenização por danos morais. Autora afirma ter sofrido violência obstétrica durante o parto,, devido ao mal atendimento da equipe médica e de enfermagem do hospital conveniado.
<b>RECURSO</b>	Apelação cível
<b>DECISÃO JUDICIAL 2º INSTÂNCIA</b>	Improcedência
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DA SENTENÇA</b>	Decisão de improcedência mantida com base em Perícia realizada por profissional do IMESC. Ignora o depoimento da irmã da parturiente, presente no momento dos fatos. Autora não conseguiu comprovar o nexo de causalidade entre os supostos danos causados e o atendimento médico hospitalar dispensado à autora. Atendimento deficiente não comprovado.
<b>DATA DA DECISÃO</b>	8 de fevereiro de 2021

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados no sítio eletrônico Jusbrasil.

**Tabela 6 - Julgado Superior Tribunal de Justiça.**

	STJ
<b>PEDIDO</b>	Agravo em recurso especial. Ação de reparação por danos morais. Morte de recém-nascido.
<b>RECURSO</b>	Agravo em recurso especial
<b>DECISÃO JUDICIAL 3º INSTÂNCIA</b>	Agravo conhecido para não reconhecer do recurso especial
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DA SENTENÇA</b>	Agravo interposto contra decisão que não admitiu o recurso especial. O demandado, médico responsável pelo parto da demandante, confessou haver tentado a utilização de fórceps, bem como confessou a realização da manobra de Kristeller. A decisão é fundamentada no fato de que a manobra de Kristeller é contraindicada pela OMS, proibida pelo Ministério da Saúde, pelos Conselhos Regionais de Medicina e por diversos hospitais. Agravante alega que a referida manobra foi justificada pelo “longo período expulsivo”. Período não configurado, uma vez que se passaram 43 minutos entre o encaminhamento da paciente à sala de parto e utilização da manobra, e o período expulsivo seria de, aproximadamente, três horas. Morte do nascituro. O relatório de necropsia comprovou a existência de lesões e bossa sanguínea na cabeça da criança morta: resultado da violência obstétrica sofrida pela demandante, sendo a causa da morte da criança. Sentença que reconheceu a responsabilidade civil do médico e o condenou em indenização por danos morais integralmente mantida.
<b>DATA DA</b>	25 de junho de 2019

<b>DECISÃO</b>	
----------------	--

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados no sítio eletrônico Jusbrasil.

**Tabela 7 - Julgado Tribunal Mato Grosso.**

UF	MT
<b>PEDIDO</b>	Ação de indenização por danos morais. Complicações à saúde decorrentes de violência obstétrica. Comprovação da conduta e do nexo de causalidade. Responsabilidade Civil do Estado configurada.
<b>RECURSO</b>	Apelação cível
<b>DECISÃO JUDICIAL 2º INSTÂNCIA</b>	Recurso parcialmente provido
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DA SENTENÇA</b>	O fundamento do convencimento da sentença se deu através dos documentos e provas testemunhais colacionadas aos autos que comprovam a conduta omissiva dos médicos quanto à inobservância dos protocolos médicos e o resultado observado com a realização do parto normal. Paciente portadora de glicose sanguínea elevada, muito acima da média das mulheres em período gestacional, sendo certo que, ainda no sétimo mês, o bebê já se encontrava com sobrepeso. Bebê nasceu com sete meses. No entanto, apesar dessa dificuldade, sofrimento e risco para a mãe e para o filho, ao invés de ser realizada a cesariana, procedimento mais seguro, o médico do hospital Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis preferiu utilizar o procedimento de parto normal, utilizando-se da manobra de Kristeller (colocando duas enfermeiras em cima da barriga da mãe para auxiliarem na expulsão do feto). Violência que gerou incontinência fecal à mãe. Indenização por dano moral no valor de R\$50.000,00, a serem pagos pelo Município de Rondonópolis.
<b>DATA DA DECISÃO</b>	8 de julho de 2019.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados no sítio eletrônico Jusbrasil.

**Tabela 8 - Julgado Tribunal São Paulo/2.**

UF	SP
<b>PEDIDO</b>	Ação de indenização por danos morais resultante na demora no atendimento de gestante de risco com dor e sangramento, situação que ocasionou o abortamento do feto.
<b>RECURSO</b>	Apelação cível
<b>DECISÃO JUDICIAL 2º INSTÂNCIA</b>	Recurso provido
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DA SENTENÇA</b>	Sentença aduz que está caracterizado o tratamento desumanizado, decorrente do péssimo e indigno atendimento dispensado à autora pelos profissionais do pronto socorro no dia dos fatos, que tudo indica que não se preocuparam com o quadro clínico da paciente, tampouco com a situação que se concretizou, qual seja o abortamento por ela experimentado, além da situação vexatória decorrente do ostensivo sangramento. Condenou o réu ao pagamento do valor de R\$40.000,00 e demais custas de sucumbência.
<b>DATA DA DECISÃO</b>	8 de maio de 2020.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados no sítio eletrônico Jusbrasil.

Dos julgados que foram expostos no presente trabalho, foi possível observar seis demandas de indenização por dano moral e duas ações de responsabilidade objetiva da Administração Pública por erro médico. Nos quatro primeiros casos (Tabelas 1, 2, 3 e 4) as apelações foram julgadas improcedentes e os acórdãos (sentenças de 2º grau) foram

fundamentados nos laudos periciais, produzidos por médicos, e nos documentos produzidos nos ambientes hospitalares, de autoria das equipes médicas.

Fundamental constatar, analisando os julgados, que o Poder Judiciário brasileiro naturaliza a ocorrência de violência obstétrica, ocasiões em que desconsidera a palavra da vítima, bem como os testemunhos produzidos, julgando improcedentes denúncias compostas de fatos que comprovam a existência da violência sofrida, julgando-as inviáveis ou semnexo.

Um exemplo é o que ocorreu no julgado do Tribunal do Rio de Janeiro (Tabela 2) que, apesar de considerar que há realmente uma responsabilização a ser imputada pelo ente público decorrente do uso de fórceps (que inclusive gerou uma deformidade na cabeça do nascituro), bem como considera que o exagerado tempo de trabalho de parto (43 horas) era premissa de realização da cirurgia cesárea, o que não ocorreu, ocasionando sofrimento materno, concluiu por fim “que não é suficiente o nexode causalidade entre a atuação dos agentes públicos e os danos sofridos no parto, com base na documentação correlacionada nos autos. Não ficou comprovado o erro médico”.

A fundamentação com base em provas insuficientes para comprovação do nexode causalidade entre a atuação dos agentes públicos e os danos sofridos no parto segue os outros quatro julgados citados inicialmente, todos recursos julgados como improcedentes (Tabelas 1, 3, 4 e 5).

Ademais, triste é constatar que grande parte das jurisprudências relacionadas ao tema se refere ao direito do consumidor. Só é levada em conta a característica da mulher vítima como consumidora daquele produto (o parto hospitalar) e, em nenhum momento é levado em conta o aspecto subjetivo do nascimento.

Assim ainda se observa no julgamento do Tribunal do Distrito Federal (Tabela 3). Durante a fundamentação da decisão, a mãe é referida como consumidora, constatando que o serviço utilizado por ela só poderia ser considerado defeituoso se “não assegurasse ao consumidor a segurança esperada”, não podendo caracterizar como falha no serviço e, conseqüentemente, uma hipótese de violência obstétrica, a mera frustração de que “o parto não ocorrer da forma pretendida pela mãe”.

Forçoso constatar ainda o desrespeito à Lei Federal n. 11.108/2005 (Lei do Acompanhante), que hoje é nossa única lei federal que versa sobre a violência obstétrica.

No julgamento feito pelo Tribunal de Justiça do Estado de Goiás da apelação cível interposta que comprova que houve proibição da entrada do pai do bebê na sala de parto por parte da equipe médica (Tabela 4), fica claro o desrespeito à referida lei, uma vez que o recurso foi julgado improcedente. A justificativa é de que, posicionado acima da Lei do

Acompanhante, tem-se o entendimento médico. No caso em questão, a equipe médica teria o aval de impedir a entrada do acompanhante quando esta presença importaria em prejuízos ao parto. A fundamentação foi com base de que a criança era prematura e, conseqüentemente, a presença de muitas pessoas na sala de parto poderia expô-la a uma maior contaminação. Ademais, a decisão evidencia que, embora a proibição do pai no nascimento de sua filha “causou profundo abalo emocional aos autores”, não se vislumbrou nenhum ato ilícito perpetrado pela maternidade que seja passível de indenização.

Na contramão dos julgados citados, trouxe ao presente trabalho jurisprudências que evidenciam hipóteses de violência obstétrica. Muito importantes para o avanço pela luta à erradicação da violência, as referidas jurisprudências foram minoria nos achados dentro da minha pesquisa. É o que observamos nos julgados subsequentes (Tabelas 6, 7 e 8).

O Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 2019, condenou o médico responsável pelo parto da parturiente, Sérgio Souza Martins, em detrimento da ocorrência de violência obstétrica. Na ocasião, os usos desnecessários de fórceps e manobra de Kristeller resultaram na morte do bebê. Importante destacar que, durante a fundamentação, foram trazidos diversos entendimentos extremamente importantes para se reconhecer a violência obstétrica, como a contraindicação dos instrumentos citados acima. O relator, Ministro Marco Aurélio Belizze, expõe:

A manobra de Kristeller é contraindicada pela Organização Mundial de Saúde, sendo procedimento proibido pelo Ministério da Saúde, pelos Conselhos Regionais de Medicina e por diversos Hospitais, exatamente porque é causa de inúmeros traumas materno-fetais. A referida manobra de Kristeller consiste em pressionar a barriga da mulher com força para agilizar o parto e isso configura ato de violência obstétrica.

Ainda, derrubou-se o fundamento do médico que, tentando fugir de sua responsabilização, alega que os referidos instrumentos só foram utilizados pelo “longo período expulsivo”. De acordo com o “American College of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG), a duração normal do período expulsivo seria de três horas em primípara com analgesia, duas horas em múltipara com analgesia e uma hora em múltipara sem analgesia. Portanto, quarenta e três minutos (período entre o encaminhamento da paciente à sala de parto e a utilização da manobra) “não se configura longo período expulsivo”. Na sentença, foi julgado improcedente o pedido requerido pelo médico, reconhecendo sua responsabilidade e a obrigação pecuniária pelo dano causado.

Continuando com a análise de julgados positivos para elucidação da violência, passemos a falar sobre o julgamento ocorrido no Tribunal do Mato Grosso (Tabela 7). No referido julgado, o Tribunal entendeu que o Município de Rondonópolis é responsável

(responsabilidade objetiva) pelos danos causados à parturiente por parte da equipe médica do hospital Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis, hospital que atende o Sistema Único de Saúde.

Demonstrado nos autos que, a despeito de as circunstâncias fáticas (gestante portadora de glicose sanguínea elevada e bebê com sobrepeso, com apenas sete meses de gestação) recomendarem a realização da cirurgia cesárea, os médicos realizaram o parto normal com a utilização da manobra de Kristeller, ocasionando-lhe sofrimento e sequelas físicas na parturiente (incontinência fecal).

Por último, o Tribunal de Justiça de São Paulo julgou procedente o pedido de indenização por danos morais decorrente da morte do feto pela negligência no atendimento médico. Na oportunidade, constatou que, embora não se comprove que o abortamento do feto foi ocasionado pela demora no atendimento à vítima, a análise dos autos permite entrever que houve conduta negligente dos atendentes e profissionais. A decisão argumenta que, como a mãe era gestante de risco devido à sua avançada idade, com dois abortamentos anteriores, bem como do conhecimento do hospital de todo o seu quadro clínico, incluindo que a autora chegou ao pronto atendimento com dor e sangramento, não poderia ela aguardar triagem e atendimento oportuno. O atendimento da autora era de ter sido imediato e prioritário, o que não ocorreu.

Fazendo uma pesquisa mais aprofundada, é possível encontrar julgados que são favoráveis e contribuem à uma maior visibilidade à violência obstétrica e, ainda, maior humanização na assistência ao parto. Porém, ao observar casos brasileiros julgados nos Tribunais, é possível perceber que até existem alguns casos em que há a responsabilização cível de alguns atos praticados que caracterizam a violência, mas não há no que diz respeito a uma responsabilização criminal.

Não há responsabilização criminal nem em casos que geram a morte do bebê e o sofrimento da mãe, ainda que o médico tenha toda a bagagem de conhecimento necessária para realização de um parto. Os profissionais praticam atos errados, conscientemente.

Ainda, forçoso constatar que é comum a percepção por parte dos profissionais de saúde, principalmente da área obstétrica, de que os atos de violência não são violentos e, sim, rotineiros, sendo uma forma de manter a organização. Tal constatação remete-se a outro fato importante: atos violentos corriqueiros resultam na cultura do desrespeito, passada a cada nova geração e acabam sendo vistos pela sociedade e, conseqüentemente, pelo Poder Judiciário, como condutas adequadas/necessárias, inviáveis de condenação.

Diante de todo exposto, é de se concluir que diante da ausência de legislação específica, não há motivos para falar em erro/omissão por parte do Judiciário, uma vez que não há elementos que impeçam que os aplicadores do direito possam punir a prática, tendo em vista que a norma constitucional está fundada em princípios que devem ser aplicados em caso de omissão legislativa. A lacuna de uma lei federal que verse sobre o assunto acaba fazendo que o Judiciário aplique fontes secundárias nos casos, como, por exemplo, o Código do Consumidor.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou uma análise crítica dos aspectos que percorrem a violência obstétrica, entendendo alguns dos fatores importantes a serem trabalhados para promover a melhoria no atendimento às parturientes. Percebeu-se a importância dos estudos acerca dessa violência, uma vez que para evitá-la é preciso dar a ela sua devida visibilidade.

A intervenção do movimento feminista foi essencial para iniciar os questionamentos a respeito dos padrões e promover uma maior atenção à saúde da mulher durante o parto, que antes era preterido apenas aos índices de mortalidade e à saúde dos filhos. A orientação desse processo da luta feminista buscou a valorização do parto por meio da retomada do protagonismo da mulher no ato de parir, culminando com a denominada humanização do parto.

Além da diversidade de procedimentos invasivos – episiotomia, manobra de Kristeller, fórceps, restrição da posição do parto, cesáreas eletivas – os relatos de violência obstétrica apontam sérias agressões verbais marcadas por visões patriarcais que enaltecem a dor e o sofrimento como uma punição às mulheres por terem cometido o pecado capital e provado o fruto proibido, revelando-se, assim, uma violência que possui como suporte um machismo disfarçado.

O estudo da violência é importante para se entender melhor porquê, quando e como ela ocorre, fornecendo às mulheres informações sobre seus direitos a uma assistência digna e respeitosa durante a gravidez e parto. Assim, possibilita que as parturientes sejam mais exigentes no que diz respeito às suas necessidades.

A trilogia de documentários “O Renascimento do Parto” foi fundamental para entendermos os aspectos dessa violência. Através dele pode-se perceber a visão do parto humanizado *versus* a visão consumista e racionalizada das violências durante o parto, como por exemplo: o alto consumo de cesáreas eletivas. As “verdades” construídas ao longo de séculos são desconstruídas na trilogia por meio do empoderamento da mulher sobre seu corpo e pelo questionamento do saber médico institucionalizado sem qualquer embasamento científico.

A partir da análise dos filmes, principalmente através dos depoimentos de vítimas, podemos concluir que os traumas que marcam o momento do parto dessas mulheres estão ligados ao grande número de intervenções desnecessárias e não à dor do parto ou o parto em si.



Em contrapartida, o modelo humanizado se mostra como o modelo ideal a ser alcançado, que torna o parto um momento mágico, especial, retoma o protagonismo feminino e seu empoderamento.

Ao se tratar os mecanismos de combate à violência obstétrica, em que pesa a discussão sobre essa violência tenha constantemente passado por um avanço no processo de seu reconhecimento pela sociedade e seja por diversas vezes objeto de debates e pesquisas em várias áreas do conhecimento, o que percebemos, a partir da análise dos julgados no último capítulo, é que o Poder Judiciário brasileiro é deficiente em relação às demandas que versam sobre a referida violência.

Como a busca por uma resposta jurisdicional traz à mulher vítima de violência obstétrica uma oportunidade de ressignificar sua experiência traumática, a própria sentença que reconheça as violências sofridas já é uma forma de reparação, devido à força simbólica que possui de esclarecer que a violação de direitos humanos é relevante para o direito e gera consequências.

A falta de uma legislação específica, somada ao déficit de conhecimento dos magistrados sobre o tema, concorre para o desamparo das mães sob a perspectiva mínima de proteção dos direitos fundamentais, considerando que são fatores que geram muitos indeferimentos das ações judiciais que visam à reparação, ainda que mínima, da violência obstétrica. Essa realidade desencoraja o surgimento de novas denúncias, fazendo com que o Judiciário não exerça corretamente a sua função social, colocando as mulheres a mercê da violência e da indignidade humana.

Ademais, conforme é citado nos filmes que serviram de base para a presente escrita, frisa-se que um dos grandes problemas é a falta de capacitação dos profissionais, conforme elucida a médica obstetra Leila Katz, durante o documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), que afirma que muitas vezes, para fugir da responsabilização de prestar a assistência de maneira mais humanizada, a instituição afirma que o problema é estrutural, uma vez que o local não dispõe de recursos suficientes para melhor a prestação de serviço no setor da obstetrícia. Na verdade, esse fator é o menos importante. O mais importante é a mudança interna de cada profissional.

Além disso, conclui-se através da análise da trilogia de filmes, que para que ocorra um maior enfrentamento à violência obstétrica é preciso que atos tidos como violentos gerem responsabilidades administrativas para a instituição, bem como consequências cíveis e criminais para os médicos que a praticam.

Ainda, é preciso que tal violência seja amplamente denunciada às autoridades competentes, como o Ministério Público Federal, e que sejam tomadas as providências cabíveis, como a abertura de inquérito. Também faz-se necessária a denúncia a outros órgãos responsáveis, como a ouvidoria do SUS, PROCON e a ANS. Só através da denúncia e comunicação às autoridades e órgãos competentes, é que será possível gerar uma melhora no atual sistema.

É importante o incessante investimento na capacitação/educação com vistas à conscientização da sociedade, em seus mais variados seguimentos, incluindo equipes médicas, instituições públicas (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensorias Públicas, etc), possibilitando o enfrentamento desses casos em toda sua complexidade, para prevenir a violência, dando ao tema a importância e o tratamento adequados, promovendo o respeito aos direitos femininos.

## REFERÊNCIAS

- ARTEMIS. **Plano de Parto**. Disponível em: <<https://www.artemis.org.br/?s=plano+de+parto>>. Acesso em: 2 de jul. de 2020.
- BASILIO, Andressa. **Episiotomia: precisa mesmo?**. Revista Crescer, 2014. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Saude/noticia/2014/08/episiotomia-precisa-mesmo.html>>. Acesso em: 2 de jul. de 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 20 de out. de 2020.
- BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 abr. de 2005. Acesso em: 5 de jul. de 2020.
- BRASIL. **Lei nº 12.895, de 18 de dezembro de 2013**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 dez. de 2013. Acesso em: 5 de jul. de 2020.
- BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 7 de ago. de 2006. Acesso em: 8 jul. de 2020.
- BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. (10ª Câmara de Direito Privado). **Apelação Cível. RESPONSABILIDADE CIVIL. ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO. AUTORA GESTANTE DE RISCO COM DOR E SANGRAMENTO. DEMORA NO ATENDIMENTO. PACIENTE COM SANGRAMENTO VISÍVEL, DEIXADA NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. DANO MORAL. INDENIZAÇÃO DEVIDA. RECURSO PROVIDO**. Disponível em: <<https://tjsp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/842993865/apelacao-civel-ac-10103335020138260127-sp1010333-5020138260127/inteiro-teor-842993885?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo em Recurso Especial. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO DE REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS. MORTE DE RECÉM-NASCIDO. REVER AS CONCLUSÕES DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO CONHECIDO PARA NÃO CONHECER DO RECURSO ESPECIAL**. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/891548659/agravo-em-recurso-especial-aresp->

1374952-mg-2018-0256974-8/decisao-monocratica-891548697?ref=serp>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Amazonas. (3º Câmara Cível). Apelação Cível. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RESPONSABILIDADE CIVIL. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E NEGLIGÊNCIA MÉDICA. ATIVIDADE MÉDICA. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE CULPA. Disponível em: <<https://tj-am.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/713045015/apelacao-civel-ac-6208865820158040001-am-0620886-5820158040001/inteiro-teor-713045045?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. (1º Turma Cível). Apelação Cível. APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO DO CONSUMIDOR. DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. PRELIMINAR. CERCEAMENTO DE DEFESA. PROVA TESTEMUNHAL DESNECESSÁRIA. PARTO. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. LAUDO PERICIAL. CONCLUSIVO. RECURSO CONHECIDOS E NÃO PROVIDOS. Disponível em: <<https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/927463864/7217545520188070001-segredo-de-justica-0721754-5520188070001>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Goiás. (1º Câmara Cível). Apelação Cível. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. PROIBIÇÃO DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO PARTO. LEI Nº 11.108/05. RESOLUÇÃO Nº 36/08 DA ANVISA. PARTO DE RISCO. CONDUTA MÉDICA. AUSÊNCIA DOS PRESSUPOSTOS ENSEJADORES DO DEVER DE INDENIZAR. HONORÁRIOS RECURSAIS APLICADOS. Disponível em: <<https://tj-go.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/887004043/apelacao-cpc-879085720168090051>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso. (1º Câmara de Direito Público e Coletivo). Apelação Cível. APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – COMPLICAÇÕES À SAÚDE DECORRENTES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – COMPROVAÇÃO DA CONDUTA E DO NEXO DE CAUSALIDADE NO CASO CONCRETO – RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO CONFIGURADA – ART. 37, § 6º, CF– DEVER DE INDENIZAR EVIDENCIADO – SENTENÇA REFORMADA EM PARTE – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. Disponível em: <<https://tj-mt.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/839418547/apelacao-apl-2329820158110003-mt/inteiro-teor-839418552>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. (20º Câmara Cível). Embargos Declaratórios. EMBARGOS DECLARATÓRIOS. NÃO HAVENDO CONTRADIÇÃO, OBSCURIDADE, OMISSÃO OU ERRO MATERIAL NO ACÓRDÃO, NÃO HÁ COMO PROSPERAR A NOVA PRETENSÃO RECURSAL. EMBARGOS DESPROVIDOS. Disponível em: <<https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/805133182/apelacao-apl-803495520188190001/inteiro-teor-805133186?ref=serp>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. (2º Câmara de Direito Privado). Apelação Cível. APELAÇÃO CÍVEL – RESPONSABILIDADE CIVIL – Disponível em: <<https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1167053726/apelacao-civel-ac-10088745320188260348-sp-1008874-5320188260348/inteiro-teor-1167053746>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASÍLIA. Decreto n. 1.973, de 1 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial da União. Brasília**, 1 de ago. 1996.

CESAR, Amaranta. **Cinema como ato de engajamento: documentário, militância e contextos de urgência**. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/ciberlegenda/article/view/37001>>. Acesso em: 25 de jul. 2020.

CORREA, Barbara. **Manobra de Kristeller: por que isso é uma violência obstétrica?**. Minha Vida, 2019. Disponível em: <<https://www.minhavidacom.br/familia/materias/35301-manobra-de-kristeller-por-que-isso-e-uma-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 3 de jul. de 2020.

DA SILVA, Raimunda Magalhães *et al.* **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, out. 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000026](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026)>. Acesso em: 3 jul. 2020.

DE BRITO, Cecilia M. Costa; OLIVEIRA, Ana Carolina de Albuquerque; DA COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque. **Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro**. Cad. Ibero-Americanos de Direito Sanit. [Internet], v. 9, n. 21, jan./mar. 2020. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>>. Acesso em: 3 jul. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. ISSN 1678-4561. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019)>. Acesso em: 7 jul. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Pau**. Questões de Saúde Reprodutiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo)>. Acesso em: 7 set. 2020.

DUTRA, Juliana Cardosa. **Violência obstétrica: mais um exemplo de violação aos direitos das mulheres**. 2017. 56 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Universidade Federal da Paraíba, Santa Rita, 2017. Cap. 4. Disponível em: <[https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/11399?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/11399?locale=pt_BR)>. Acesso em: 24 jul. 2020.

ESTADÃO. **Qual é a importância de uma doula durante a gestação?** [S.I], mar. 2020. Disponível em: <<https://summitsaude.estadao.com.br/saude-humanizada/qual-e-a-importancia-de-uma-doula-durante-a-gestacao/>>. Acesso em: 8 de jun. de 2020.

ESTADÃO. **A violência obstétrica na legislação brasileira** [S.I], out. 2018. Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/a-violencia-obstetrica-na-legislacao-brasileira/>>. Acesso em: 14 jun. de 2021.

GENTILI, Janaina; ENEILE, Morgana. **Gestação, parto e puerpério: conheça seus direitos!**. Disponível em: <<https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/1e6176359aae47788dc72f14f65a4a56.pdf>>. Acesso em: 6 jul. de 2020.

GOMES, Samara Calixto; TEODORO, Livia Parente Pinheiro; PINTO, Antonio Germane Alves; OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de; QUIRINO, Glauberto da Silva; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da assistência obstétrica brasileira**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, n. 5, set./ out. 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000502594](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502594)>. Acesso em: 26 jul. 2020.

GOTARDO, Ana Teresa. **Parto humanizado, empoderamento feminino e combate à violência: uma análise do documentário O Renascimento do Parto**. Revista Digital de Cinema Documentário, n. 23, p. 29-45, mar. 2018. ISSN-e 1646-477X. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6378790>>. Acesso em: 7 jul. 2020.

KELLNER, Douglas. **A cultura da mídia – estudos culturais: identidade e política entre o moderno e o pós-moderno**, Bauru, SP, EDUSC, 2001, 454 p.

LEANDRO, Cláudia Cadorin. **A violência obstétrica e sua construção jurídica como violência de gênero: o direito das mulheres a um parto humanizado**. 2018. 80 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2018. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/6859>. Acesso em: 9 ago. 2020.

LEITE, Júlia Campos. **Abordagem Jurídica da Violência Obstétrica**. 2016. 108 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <<http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-23052017-165756/?&lang=br#:~:text=ABORDAGEM%20JUR%C3%8DDICA%20DA%20VIOL%C3%8ANCIA%20OBST%20TRICA&text=Na%20presente%20pesquisa%2C%20busquei%20desconstruir,dos%20direitos%20humanos%20das%20mulheres>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

LIMA, Vanessa. **Ponto do marido depois do parto: você já ouviu falar?**. Revista Crescer, 2017. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Polemica-domes/noticia/2017/06/ponto-do-marido-depois-do-parto-voce-ja-ouviu-falar.html>>. Acesso em: 3 de jul. de 2020.

MAIA, Monica Bara. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 2775 p. (1)

MARQUES, Silvana Badim. **Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres**. Cad. Ibero-Americanos de Direito Sanit. [Internet], v. 9, n. 21, jan./mar. 2020. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>>. Acesso em: 3 jul. 2020.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei nº 5.568, de 16 de setembro de 2020**. Altera e acrescenta dispositivos à Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018, que "dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências". *Mato Grosso do Sul*, Campo Grande, 16 set. de 2020. Acesso em: 8 out. de 2020.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. *Minas Gerais*, Belo Horizonte, 22 dez. de 2018. Acesso em: 8 jul. de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 20 jul. de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 20 jul. de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Rev. Brasileira de Saúde Matern Infantil, Recife, v. 2, n. 1, jan./abr. 2002. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292002000100011](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100011)>. Acesso em: 14 jan. 2021.

NAGAHAMA, Elisabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.651-657, jul./ set. 2005. ISSN 1678-4561. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 19 de jun. de 2020.

ODALEA, Maria Bruggemann; PARPINELLI, Mary Angela; DUARTE, Maria José. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2005.v21n5/1316-1327/pt/>>. Acesso em: 3 jul. 2020.

O RENASCIMENTO do Parto. Direção de Eduardo Chauvet. Produção de Eduardo Chauvet e Erica de Paula. Roteiro: Érica de Paula. Música: Charles Torres e Marcello dalla. [S.I.]: Chauvet Filmes, 2013. 1 documentário (90 min.), son., color. Série 1. Disponível em: Netflix. Acesso em: 10 maio 2020.

O RENASCIMENTO do Parto. Direção de Eduardo Chauvet. Produção de Eduardo Chauvet e Erica de Paula. Roteiro: Érica de Paula. Música: Charles Torres e Marcello dalla. [S.I.]: Chauvet Filmes, 2018. 1 documentário (91 min.), son., color. Série 2. Disponível em: Netflix. Acesso em: 10 maio 2020.

O RENASCIMENTO do Parto. Direção de Eduardo Chauvet. Produção de Eduardo Chauvet e Erica de Paula. Roteiro: Érica de Paula. Música: Charles Torres e Marcello dalla. [S.I.]:

Chauvet Filmes, 2018. 1 documentário (72 min.), son., color. Série 3. Disponível em: Netflix. Acesso em: 10 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;js](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;js)>. Acesso em: 6 de jul. de 2020.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. **A dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição**. Revista Brasileira de Anestesiologia, Campinas, v. 61, n. 3, p. 366-388, maio/jun. 2011. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942011000300014#end](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300014#end)>. Acesso em: 3 jul. 2020.

RATTNER, Daphne *et al.* **Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil**. Cadernos HumanizaSUS. Disponível em: <[http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Cadernos-HumanizaSUS-v.-4\\_-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto-e-do-nascimento-Movimentos-Sociais.pdf](http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Cadernos-HumanizaSUS-v.-4_-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto-e-do-nascimento-Movimentos-Sociais.pdf)>. Acesso em: 8 de jul. e 2020.

RATTNER, Daphne *et al.* **Rehuna – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849/812>>. Acesso em: 6 de jul. de 2020.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Episiotomia “é só um cortezinho”**: violência obstétrica é violência contra a mulher. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica, 2014. Disponível em: <[https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789f8e8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae\\_eb147c28c9f94840809fa9528485d117.pdf](https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789f8e8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae_eb147c28c9f94840809fa9528485d117.pdf)> . Acesso em: 2 de jul. de 2020.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência obstétrica: “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 3 de jul. de 2020.

SANTA CATARINA. **Lei Ordinária nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. *Santa Catarina*, Florianópolis, 7 de jan. de 2017. Acesso em: 8 jul. de 2020.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães**: relato de duas experiências. Interface Botucatu, 2017, vol. 21, n. 60, p. 209-220, nov. 2016. ISSN 1807-5762. Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de jun. de 2020.

SPACOV, Lara Vieira; DA SILVA, Diogo Severino. **Violência obstétrica**: um olhar jurídico desta problemática no Brasil. Derecho y Cambio Social, n. 55, p. 1-15, jan. 2019. ISSN: 2224-4131. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli)>



\_servicos\_produtos/bibli\_boletim/bibli\_bol\_2006/Derecho-y-Cambio\_n.55.23.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2020.

TAKEMOTO, Maíra. **Doulas**: Definição e benefícios segundo as evidências científicas. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/audiencia-publica-2018/audiencia-publica-debater-o-pl-8363-2017-que-dispoe-sobre-o-exercicio-da-profissao-de-doula/apresentacao-maira>>. Acesso em: 9 de jun. de 2020.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Fondo de Población de Las Naciones Unidas (UNFPA), 2007. Disponível em: <[https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/1165\\_0.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf)>. Acesso em: 2 de jul. de 2020.

VILLAMIL, Quésia. **Ocitona**: o hormônio do amor. Organização Sentidos do Nascer, 2015. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/blog/2015/06/ocitocina-o-hormonio-do-amor/#:~:text=A%20ocitocina%20%C3%A9%20liberada%20durante,%C3%A9%20o%20hor m%C3%B4nio%20do%20prazer.>>. Acesso em: 3 de jul. de 2020.

ZORZAM, Bianca; CAVALCANTI, Priscila. **Direito das mulheres no parto**: conversando com profissionais da saúde e do direito. 1. ed. São Paulo. Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2012.