



## Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres

Obstetric violence in Brazil: a concept under construction to guarantee the integral right to women's health

Violencia obstétrica en Brasil: un concepto en construcción para garantizar el derecho integral a la salud de las mujeres

Silvia Badim Marques<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** a violência obstétrica vem sendo entendida como toda violência física, moral, patrimonial ou psicológica praticada contra as mulheres no momento do parto, pós-parto e puerpério, sendo constatada em diversas práticas que ocorrem nos sistemas de saúde, tanto público quanto privado. **Objetivo:** busca aproximar o direito sanitário das questões relacionadas à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como parte indissociável do direito à saúde, abordando o conceito de violência obstétrica e as proposições legislativas que tramitam no Congresso Nacional brasileiro sobre o tema. **Metodologia:** utilizou-se de pesquisa bibliográfica e documental, utilizando o descritor violência obstétrica nos sítios de busca. **Resultados:** foram identificadas 11 proposições legislativas sobre o tema, das quais 10 fizeram parte do presente estudo; também foram abordados o conceito e os principais posicionamentos políticos e sociais sobre a violência obstétrica. **Conclusões:** o número de proposições legislativas no parlamento brasileiro sinalizam sobre a necessidade da disciplina jurídica do tema, entendendo-o de forma ampla, conforme posicionamento dos movimentos sociais em prol dos direitos das mulheres, e que a disciplina jurídica do tema se revela necessária para dirimir divergências acerca da aplicação do termo violência obstétrica e suas repercussões na prática médica e nos serviços de saúde no Brasil, tendo em vista a proteção ao direito sexual e reprodutivo das mulheres.

**Palavras-chave:** Direito à saúde. Direitos sexuais e reprodutivos. Violência de gênero.

### Abstract

**Introduction:** obstetric violence has been understood as any physical, moral, patrimonial or psychological violence practiced against women at delivery, postpartum and puerperium, that is verified in several practices that occur in health systems, both public and private. **Objective:** this article seeks to bring health law closer to issues related to the guarantee of sexual and reproductive rights, as an inseparable part of the right to health, approaching the concept of obstetric violence and the legislative proposals that are being processed in the Brazilian National Congress on the subject. **Methodology:** bibliographic and documentary research was used, using the descriptor obstetric violence on search sites. **Results:** eleven legislative proposals on the topic were identified, of which 10 were part of the present study, as well as the concept outlined on the topic and the main political and social positions on the subject were addressed. **Conclusions:** it is concluded that the largest number of legislative proposals in the Brazilian parliament demonstrates the need for legal discipline on the topic,

<sup>1</sup> Mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Brasil; professora adjunta da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB), Brasil; pesquisadora do Núcleo de Estudos de Gênero e Diversidade (NEDIG), Universidade de Brasília, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-1331-719X>. Email: sbadim@unb.br

understanding it broadly, according to the position of social movements in favor of women's rights, and that the legal discipline of the theme is necessary to resolve differences over the application of the term obstetric violence and its repercussions in medical practice and in health services in Brazil, with a view to protecting women's sexual and reproductive rights.

**Keywords:** Right to health. Sexual and reproductive rights. Gender violence.

## Resumen

**Introducción:** La violencia obstétrica se entiende como cualquier violencia física, moral, patrimonial o psicológica practicada contra las mujeres en el momento del parto, el posparto y el puerpério, siendo verificado en varias prácticas que ocurren en los sistemas de salud, tanto públicos como privados. **Objetivo:** Este artículo busca acercar los derechos de salud a cuestiones relacionadas con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como parte inseparable del derecho a la salud, como parte inseparable del derecho a la salud, abordando el concepto de violencia obstétrica y las propuestas legislativas que se están procesando en el Congreso Nacional de Brasil sobre el tema. **Metodología:** Se utilizó investigación bibliográfica y documental, utilizando el descriptor de violencia obstétrica en los sitios de búsqueda. **Resultados:** Se identificaron once propuestas legislativas sobre el tema, de las cuales 10 fueron parte del presente estudio, así como el concepto que se ha esbozado sobre el tema y se abordaron las principales posiciones políticas y sociales sobre el tema. **Conclusiones:** Se concluye que el número de propuestas legislativas en el parlamento brasileiro indica la necesidad de disciplina legal sobre el tema, entendiéndolo ampliamente, de acuerdo con la posición de los movimientos sociales a favor de los derechos de las mujeres, y que la disciplina legal del tema es necesaria para resolver las diferencias sobre la aplicación del término violencia obstétrica y sus repercusiones en la práctica médica y los servicios de salud en Brasil, con miras a proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

**Palabras clave:** Derecho a la salud. Derechos sexuales y reproductivos. Violencia de género.

## Introdução

A violência obstétrica é um termo que vem sendo cunhado a partir do movimento social em prol do parto humanizado no Brasil, para designar práticas dentro dos sistemas de saúde e do atendimento às gestantes durante o parto e puerpério que podem ser classificados nesse estudo como violências morais, físicas, psicológicas e patrimoniais.

No dossiê *Parirás com dor* (1) a violência obstétrica é caracterizada por atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva podendo ser cometidos por profissionais de saúde, ou outros profissionais envolvidos na atenção prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal

A violência obstétrica caracteriza-se como uma violência de gênero, por ser cometida contra mulher em todas as etapas da gravidez e do pós-parto, incluindo os casos de abortamento. Essa violência é considerada como parte integrante de uma sociedade que violenta as mulheres pela sua identidade de gênero e pela sua condição feminina, fruto da

dominação masculina que origina o machismo, tanto institucional quanto pessoal, e que recai nas diversas relações da mulher com seu corpo, sua posição na sociedade e sua dignidade.

De acordo com Federici (2) a construção capitalista dos Estados de Direito tem como base, além de todas as estruturas políticas e jurídicas, o domínio patriarcal sobre o corpo das mulheres. As condições sociais e históricas que formam a construção do capitalismo de Estado têm como um dos seus pilares a dominação do corpo das mulheres para a expansão do capital. Segundo a autora:

[...] na sociedade capitalista, o corpo é para as mulheres o que a fábrica é para os homens trabalhadores assalariados: o principal terreno de sua exploração e resistência, na mesma medida em que o corpo feminino foi apropriado pelo Estado e pelos homens, forçado a funcionar como um meio para a reprodução e a acumulação de trabalho. Neste sentido, é bem merecida a importância que adquiriu o corpo em todos os seus aspectos – maternidade, parto e sexualidade – tanto dentro da teoria feminista quanto na história das mulheres. (2, p. 34)

Como salientado em trabalho anterior (3), essa dominância de gênero, portanto, releva-se suficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca e as possíveis violências, tanto físicas quanto morais, ou psicológicas, dela decorrentes.

Este artigo tem como objetivo abordar as características da violência obstétrica como uma violência de gênero que fere o direito sexual e reprodutivo das mulheres, que é parte integrante do direito fundamental à saúde previsto no sistema constitucional de saúde brasileiro. Pretende também analisar as proposições legislativas que tramitam atualmente no Congresso Nacional brasileiro e que têm por objeto caracterizar e normatizar essa prática no Brasil, para que sejam diminuídas as violências praticadas contra mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

### **Gênero, violência obstétrica e direito à saúde**

O conceito de gênero vem sendo trabalhado como estruturante para se pensar a relação entre homens e mulheres na sociedade, bem como os papéis atribuídos à masculinidade e a feminilidade, e as reverberações sociais, políticas, civis e econômicas desses papéis. Como salienta Scott (4), o termo gênero vem sendo utilizado para designar uma série de estudos e abordagens do campo das ciências sociais, que se relacionam a construções culturais relacionadas aos papéis atribuídos aos homens e mulheres na sociedade que passam por relações de dominância e hierarquia.



Barata (5) nos sinaliza que gênero não é sinônimo de sexo, como comumente utilizado nas ciências biológicas para distinguir aspectos anatômicos e fisiológicos do aparelho reprodutivo. A abordagem das ciências sociais é fundamental para que se reconheça a construção do conceito de gênero como uma construção social, basilar para se debater as desigualdades relacionadas à inserção e os papéis sociais de homens e mulheres nas sociedades capitalistas ocidentais.

O conceito de gênero, portanto, não está ligado às diferenças biológicas entre pessoas designadas de homens e mulheres ao nascer, mas sim às diferenças culturais e sociais que impõem papéis diferentes a ambos os sexos, colocando a mulher em posição de desigualdade e subalternidade em relação aos homens, da qual derivam diversas violências e opressões que merecem atenção, estudos e políticas específicas para que sejam combatidas.

Saffioti (6) enfatiza a força das estruturas patriarcais e sua dominação e violência sobre as mulheres ou sobre o que se considera como exercício da feminilidade. A autora ainda reforça que a violência de gênero é um conceito mais amplo decorrente das desigualdades de gênero na sociedade que recai sobre mulheres, crianças e adolescentes, inclusive do sexo masculino. Essa dominância de gênero, portanto, releva-se suficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, e as possíveis violências, tanto físicas quanto morais ou psicológicas, dela decorrentes.

A violência de gênero, em todas as suas modalidades, é uma violência presente na estrutura social, capaz de moldar os comportamentos das relações interpessoais de acordo com a predominância da cultura machista, que acolhe comportamentos agressores às mulheres como aceitáveis dentro do paradigma social vigente.

Bordieu (7) aborda a força simbólica da dominação masculina, apontando que esta encontra todas as condições de seu pleno exercício. O autor reforça (7) que a primazia universalmente concedida aos homens “[...] se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social [...]” (7, p. 45), o que acaba por referendar comportamentos de dominação históricos em relação às mulheres e ao feminino, nas mais diversas nuances, ações simbólicas e ações visíveis como a violência doméstica e o feminicídio.



No âmbito do direito e da ciência jurídica, o reconhecimento das desigualdades e violências de gênero nos traz o desafio de inserir elementos normativos nos ordenamentos jurídicos pátrios, capazes de conferir direitos, políticas e serviços específicos às mulheres. O reconhecimento dessas especificidades traz consequências inevitáveis para a garantia do direito à saúde numa perspectiva de gênero, buscando alcançar uma interpretação igualitária desse direito no que tange a sua aplicabilidade para homens e mulheres, tomando por base, inclusive, as desigualdades e as violências de gênero praticadas na sociedade.

Conforme salientam Argonese e Lago (8) a vida sexual e reprodutiva não é apenas algo que se coloca no plano íntimo, privado, mas também reverbera em um plano político que merece ser alvo de leis, políticas públicas, direitos e deveres. Considera-se que o sexo é sempre político, e “[...] a esfera da sexualidade contempla desigualdades e opressões, conflitos de interesse e manobras políticas.” (8, p. 257).

Os direitos sexuais e reprodutivos foram definidos a partir da Conferência de Cairo (9)<sup>2</sup>, que representa um marco político para a proteção dos direitos das mulheres, pois foi decisiva para a delimitação desses objetos e para a afirmação da capacidade das de tomar decisões sobre sua própria vida e seu próprio corpo. Foram definidos na Conferência como “[...] o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.” (8).

A Conferência (9) afirma que os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos e devem abordar, além do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre a decisão de ter ou não filhos e todas as informações e acessos à saúde necessários para tanto, “[...] seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” E reforça que os direitos sexuais e reprodutivos são violados em todo mundo por fatores que envolvem, dentre outros: “[...] práticas sociais discriminatórias; atitudes negativas com relação à mulher e à jovem; o

---

<sup>2</sup> A Conferência de Cairo abordou, dentre outros temas, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A saúde reprodutiva foi formulada no Programa de Ação do Cairo, no capítulo VII, parágrafo 7.2, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com essa definição de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. (9)

limitado poder que têm muitas mulheres e moças sobre suas próprias vidas sexuais e reprodutivas.” (9, p. 63)

Quanto à violência obstétrica, resta claro que que fere os direitos sexuais e reprodutivos, pois refere-se exatamente a uma violação ao corpo, à dignidade e à autonomia das mulheres durante importantes etapas de sua vida reprodutiva. É uma violência cometida com o viés de gênero, pois são majoritariamente mulheres que passam pelo ciclo gravídico-puerperal e, portanto, é o corpo feminino que é subjugado e objeto de interferências e práticas realizadas sem o consentimento da gestante ou parturiente.

Reconhece-se que não são apenas mulheres que passam pelo ciclo gravídico-puerperal, pois homens transgêneros também podem engravidar, e vivenciar situações de abortamento, parto e puerpério e, portanto, também serem alvo de violência obstétrica. (8) Todavia, neste trabalho será abordado o termo mulheres, referenciando as mulheres cisgêneras com capacidade gestativa, por serem o alvo majoritário desse tipo de violência de gênero e por se considerar que existem especificidades em relação aos homens transexuais que merecem ser abordadas em trabalho posterior.

Lemos (10) salienta que os profissionais de saúde têm um papel fundamental na garantia desses direitos e que o Estado deve, inequivocamente, traçar políticas que contemplem o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, tendo a atenção primária em saúde (APS) uma das grandes áreas de atuação nesse sentido.

O conceito de violência obstétrica vem sendo traçado, aos poucos, como parte de uma grande articulação dos movimentos sociais, tanto nacionais quanto internacionais, em prol do parto humanizado, que buscam dar visibilidade a diversas práticas abusivas cometidas contra as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, e forçar o Estado brasileiro a traçar políticas públicas em prol do parto humanizado e da proteção ao direito das mulheres (11)

Como nos mostra Diniz (11), um marco da consolidação desses movimentos no Brasil foi a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que foi fundada em 1993, e tem em seu documento fundador, conhecido como Carta de Campinas, uma série de denúncias em relação à assistência ao parto no Brasil, apontando-a como não humana e violadora dos direitos de mulheres e bebês ao nascer.

São marcos de denúncias, mas também de reivindicações de mudanças e de políticas públicas em prol do direito das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Destaca-se que a



Rehuna é composta por diversos profissionais de saúde que atuam nesse ciclo e, portanto, insere-se nas demandas das políticas de saúde e do direito à saúde. “A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos.” (11).

A violência obstétrica, portanto, perpassa todas essas situações de violações no ciclo gravídico-puerperal. Como observam Zanardo *et al* (12), a violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina, e um dos fatores mais presentes entre as denúncias de mulheres está a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na hora do parto, o que acaba por levá-las a situações de violações e explorações de seus corpos e de suas dignidades por diferentes membros das equipes de saúde.

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (13) uma em cada quatro mulheres sofre violência na hora do parto. Essas violências não se referem apenas à prática de cesárias desnecessárias e sem informação adequada às gestantes, mas também a diversos tipos de práticas, omissões e agressões verbais dirigidas às mulheres. É preciso jogar luz sobre essa variedade de práticas e violências, para que as mulheres possam reconhecê-las como tal e possam denunciar suas ocorrências dentro dos serviços de saúde.

A chamada *peregrinação* também é considerada uma violência, quando a mulher tem que se deslocar de hospital em hospital em busca de atendimento e é negligenciada, lhe sendo negado atendimento no momento do trabalho de parto ou antes dele, onde existem dúvidas, inseguranças e necessidades de saúde a serem atendidas para o momento de parir. Muitas mulheres acabam parindo nos arredores do hospital, como no caso demonstrado no acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJFDT) (14):

[...] a autora alegou que, no ano de 2007, estava no nono mês de gravidez quando entrou em trabalho de parto, sendo socorrida pelo SAMU que a levou ao Hospital de Samambaia. Falou que foi atendida pela médica plantonista (...) a qual lhe negou internação ao argumento de que não havia lençol nem camisola naquela unidade hospitalar (...) ignorada e sofrendo as dores do parto sem qualquer assistência, acomodou-se em um banco de cimento, na parte externa frontal do hospital, tendo ali o seu filho. Alegou que o cordão umbilical foi cortado ali mesmo e a criança levada pelas enfermeiras para o interior do hospital, sendo a autora internada somente por volta das 02:30 da manhã, quando os lençóis e camisolas, cuja falta foi alegada, apareceram sem dificuldade. (14)



São consideradas ações de caráter físico as que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. As eventuais manobras ou intervenções desnecessárias, como o uso indevido de fórceps ou da manobra de Kristeller – compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto, objetivando a sua abreviação –, que porventura causem danos ao bebê, também vêm sendo consideradas violências obstétricas (15).

As ações verbais ou comportamentais que causem na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade ou abandono são caracterizadas por violência psicológica. Segundo o estudo da Fundação Perseu Abramo (13) as mulheres comumente ouvem gritos, piadas, risos e comentários que ferem a sua moral durante o parto e puerpério, tais como “na hora de fazer o filho não doe, né?”

As instituições, hospitais, maternidades e clínicas, públicos ou privados, também podem cometer violência institucional quando produzem ações ou formas de organização que dificultam, retardam ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, tais como a cobrança indevida de taxas, a recusa da mulher entrar com acompanhante no parto, entre outras. As cobranças indevidas podem ser consideradas como violências obstétricas patrimoniais, como no exemplo retratado no Acórdão do TJDF (15):

O plantonista, ao notar que a situação da autora demandava maiores cuidados, solicitou que esta fosse internada para observação e eventual intervenção, sendo que os exames clínicos demonstraram que o feto estava bem naquele momento. Relatam os autores que, para que sua esposa pudesse ser internada imediatamente antes que houvesse a liberação do convênio, houve a emissão de cheque - caso contrário ela precisaria esperar a liberação do convênio. (15).

A pesquisa *Nascer no Brasil* (16) revela que, de um total de 23.940 mulheres puérperas estudadas, em diferentes regiões do país, apenas 5,6% tiveram o parto normal assistido sem nenhuma intervenção, e em 45,5% das mulheres foram realizadas cesarianas, apesar de 56,8% terem sido consideradas como casos de risco habitual. Essa pesquisa também revela que, em 70% das mulheres, foi realizada punção venosa; cerca de 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para aceleração do parto; e 30% receberam analgesia raqui/peridural. Em relação às intervenções realizadas durante o parto, a posição de litotomia (deitada com a face para cima e joelhos flexionados) foi utilizada em 92% dos casos; a manobra de Kristeller





(aplicação de pressão na parte superior do útero) teve uma ocorrência de 37%; e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos.

Leal *et al* (16) reforçam que esse número de intervenções é considerado excessivo e não encontra respaldo científico em estudos internacionais, nem em recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), pois são associadas à risco de complicações, risco à saúde das mulheres e dos bebês, além de serem dolorosas e, na maioria dos casos, desnecessária.

Destaca-se ainda que a questão racial é muito importante de ser considerada quando se fala de violência obstétrica, pois sua incidência é ainda maior em relação às mulheres negras. Leal *et al* (17), ao analisarem os dados da pesquisa supracitada, obtiveram uma sub amostra de 6.689 mulheres, sendo 1.840 pretas e 4.849 brancas após o pareamento pelo escore de propensão, e concluem que as mulheres negras recebem menos anestesia na hora do parto em comparação às mulheres brancas. A violência por negligência é maior em relação às mulheres negras, que possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e menos orientação na hora do parto.

### **Institutos jurídicos de proteção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, responsabilidades e violência obstétrica**

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde dessas últimas (5), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes na formulação das políticas públicas, incluindo as políticas de saúde.

O Brasil é signatário de importantes convenções internacionais em prol dos direitos das mulheres, tais como a Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher, de 1948; Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher, de 1953; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (Cerd), de 1966; Convenção Americana de Direitos Humanos, São José, de 1969; Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw), de 1979.

A Cedaw foi ratificada pelo Decreto Legislativo nº 93, de 14 de novembro de 1983, e é objeto do Decreto nº 4.377/2002 da Presidência da República (18), configurando um

importante instrumento jurídico de proteção às mulheres no Brasil. A convenção (19) expressa, em seu artigo 12.2, que:

[...] os Estados-parte garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

A Cedaw (19) está em consonância com o inciso III do artigo 1º da Constituição Federal do Brasil que estabelece o princípio da dignidade da pessoa humana como basilar a todo ordenamento jurídico brasileiro, e com o artigo 3º da Constituição Federal, que coloca dentre os objetivos da República Federativa do Brasil a erradicação das desigualdades sociais (inciso III) e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem e sexo (inciso IV), - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais (20).

O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, garantido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal brasileira (20), é alicerçado pelos princípios da equidade e universalidade (artigo 196), além das diretrizes de participação social e integralidade de assistência à saúde (artigo 198). Entendido como um direito social (artigo 6º) e como um direito que depende da elaboração de políticas sociais e econômicas para a sua implementação (artigo 196), o direito à saúde é lido de forma harmônica com os demais princípios constitucionais, dos quais decorre a interpretação de que as questões de gênero devem estar presentes na concepção do direito à saúde, como um grupo vulnerável que merece amparo do SUS e políticas específicas para sua garantia (21).

O princípio da integralidade de assistência à saúde (22), formulado na Reforma Sanitária e norteador da criação do SUS, é entendido como a cadeia interseccional de cuidados em saúde que devem nortear as práticas sanitárias e a assistência à saúde numa perspectiva de atendimento de todas as necessidades biopsicossociais dos cidadãos, e vem sendo basilar para a luta em prol da garantia do direito das mulheres desde antes da Constituição Federal de 1988. Foi com o direito das mulheres, inclusive, que esse princípio ganhou corporeidade nas políticas de saúde anteriores a 1988.

Como salientam Kalichman e Ayres (22) o conceito de integralidade foi utilizado de forma inédita no Brasil pelo Ministério da Saúde, em 1983, quando começava a ser preparado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Em 1984,

quando o Ministério da Saúde começou a divulgar oficialmente o PAISM, o documento base chamava-se *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*, no qual a integralidade aparecia com um duplo alcance de sentido: i) orientar o conjunto de atividades do setor saúde para a promoção, prevenção e assistência da população de mulheres; e ii) propor atendimento integral à saúde de cada uma delas, em todos os seus ciclos e necessidades de vida, e não apenas nos aspectos reprodutivos.

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (23).

Destaca-se que a conquista política em prol da saúde das mulheres contou com a participação expressiva de movimentos sociais de mulheres, conforme salienta Costa (21), que trouxe lideranças e setores de mulheres nos partidos políticos.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, com os princípios basilares já elencados para a proteção à saúde e a dignidade humana, as políticas destinadas à saúde das mulheres continuaram a seguir uma perspectiva de integralidade e de problematização acerca das desigualdades, violências e omissões relacionadas às mulheres.

Muitas iniciativas políticas foram sendo adotadas pelo Estado brasileiro nesse sentido, ressaltando-se que o direito das mulheres se estrutura de acordo com o que foi deliberado na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (21) como um direito que deve ser adotado na perspectiva da expansão dos direitos humanos, e aceitar sua ascendência nos direitos individuais que nos remete à apropriação do próprio corpo.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a chamada Rede Cegonha no SUS, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011 (24), observando a perspectiva da regionalização e descentralização dos serviços de saúde (artigo 198 *caput* e inciso I da CF). A Rede Cegonha foi organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde, e representa um importante marco nas políticas de humanização do parto no Brasil.



A Rede Cegonha avança ao disciplinar ações pela mudança da cultura do nascer no Brasil, buscando articular o trabalho em rede para mudar as práticas na atenção ao parto e ao nascimento, e visando ao atendimento integral das mulheres e dos bebês e a humanização desse atendimento.

Essa rede foi expandida e consolidada por meio de diversas normativas, que podem ser encontradas no sítio do Ministério da Saúde<sup>3</sup>.

A Lei nº 11.108/2005 (25), conhecida como lei do acompanhante, inseriu na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 (26), o direito das parturientes à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no SUS. Apesar de ser descumprida em diversos hospitais e maternidades, a lei (27) também representa uma conquista em prol do direito das mulheres.

Em relação ao direito sanitário, pode-se dizer que as situações relacionadas à violência obstétrica já podem ser observadas e respaldadas por algumas leis, portarias e por institutos jurídicos que preveem a responsabilidade civil objetiva (Estado, hospitais públicos e hospitais privados) e subjetiva dos profissionais de saúde.

Em relação aos chamados erros médicos, o trabalho de Pereira (28) analisa ações interpostas junto ao TJDFT cujos objetos relacionam-se a pedidos de mulheres e bebês por danos materiais, morais e físicos ocasionados no momento do parto e puerpério, e encontra evidências de que, dentre os 80 processos analisados, quatro foram resultados de ações penais e os demais 74 foram cíveis. Os acórdãos analisados estavam compreendidos entre os anos de 2000 a 2014.

Nas ações penais encontradas, três delas eram relacionadas à morte do bebê e uma tratava de lesão física (medular) sofrida por uma mulher. As decisões cíveis se desenrolaram em indenizações por danos morais e/ou materiais e, em determinados acórdãos, houve indenização por dano estético.

Os danos relacionados a mulheres foram categorizados em lesões físicas, parto desassistido, problemas com diagnóstico do HIV, negativa de acompanhante e peregrinação. As lesões físicas nas mulheres presentes nos acórdãos são em relação a lesões medulares, estado vegetativo, esquecimento de objeto dentro da mulher, infecções pós-operatória, fístulas vesico-uterinas, restos placentários na cavidade uterina, laqueadura

<sup>3</sup> <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/legislacao>



sem autorização, queimadura, fístula reto-vaginais, histerectomia devido a complicações pós-cirúrgicas e laqueadura realizada e não informada (28).

Todavia, em todos os casos analisados não há diferenciação com os demais casos de erros médicos e danos a pacientes que tramitam nos Tribunais. Ou seja, atualmente a violência obstétrica é tratada de forma igual a erros médicos habituais perante o direito, não havendo diferenciação de gênero nem tipificação específica para essas violências, já que demandam enfrentamentos diversos perante o sistema de justiça.

Os movimentos sociais relacionados à humanização do parto e aos direitos das mulheres têm atuado junto ao Ministério Público (29) e a Defensoria Pública (30) para provocar essa discussão e para o monitoramento extrajudicial dos serviços de saúde acerca dessa temática, forçando o olhar sobre a violência obstétrica de forma diferenciada aos demais erros e negligências médicas, e levando informações à população sobre o tema, como se observa em campanhas públicas.

Todavia, a visibilidade em relação à necessidade de proteção a essas violências encontra resistência dentre os setores mais conservadores da sociedade e em alguns segmentos médicos, que buscam desconstruir a ideia de que é necessária atenção diferenciada a esse problema tão característico das violências de gênero. Exemplo disso foi o despacho do Ministério da Saúde, em 03 de maio de 2019, proibindo o uso da expressão violência obstétrica no Brasil. Felizmente, a atuação profícua do Ministério Público Federal (29) recomendou a continuidade do uso do termo, considerando censura aos movimentos sociais e as violências de gênero, o que foi acatado posteriormente pelo Ministério da Saúde.

Para que o sistema de justiça possa atuar de forma condizente contra essas violências, ressalta-se a importância da disciplina legal do tema pelo Poder Legislativo, em especial o Poder Legislativo Federal. Devido aos Estados e Municípios terem a competência concorrente para legislar no que tange à proteção e defesa da saúde em consonância com os artigos 24, XII, e 30, II, da CF (20), muitos já promulgaram leis disciplinando a proteção às mulheres no parto e puerpério, bem como a caracterização da violência obstétrica.

Como exemplo podemos citar a Lei Distrital nº 6.144/2018 (31), a Lei Estadual de Santa Catarina nº 17.097/2017 (32) e Lei Municipal de João Pessoa nº 13.061/2015 (33), dentre outras. Essas leis buscam definir a violência obstétrica e são unânimes em caracterizá-la como todo ato praticado pela equipe de assistência à mulher grávida ou parida de estabelecimentos hospitalares, postos de saúde, unidades básicas de saúde e

consultórios médicos que ofenda de forma verbal ou física desde o pré-natal até o puerpério. Buscam, também, caracterizar esses atos, elencando-os, a fim de deixar clara a configuração dessas violências.

Revela-se de suma importância que o Legislativo federal discipline a temática, até para que se possa definir sanções específicas à violência obstétrica, o que não pode ser feito em sede de leis estaduais e municipais.

### Projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional brasileiro sobre a violência obstétrica

A fim de verificar os projetos de lei (PLs) que tramitam no Congresso Nacional brasileiro sobre a temática, foi realizada uma busca nos sítios eletrônicos da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, utilizando-se o descritor violência obstétrica. Foram encontrados 11 projetos, do qual um encontrava-se arquivado e não foi incluído no presente estudo. Os projetos localizados estão descritos na tabela abaixo, e foram localizados projetos em tramitação apenas na Câmara dos Deputados.

**Tabela 1. Projetos de Lei sobre violência obstétrica em tramitação no Congresso Nacional**

Projeto de Lei	Autor (a)	Ementa
PL 3.310/2019	Lauriete (PL/ES)	Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto.
PL 2.693/2019	Lafayette de Andrada (PRB/MG)	Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante.
PL 3.635/2019	Carla Zambelli (PSL/SP), Alê Silva (PSL/MG), Filipe Barros (PSL/PR)	Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.
PL 878/2019	Talíria Petrone (PSOL/RJ), Áurea Carolina (PSOL/MG), Fernanda Melchionna (PSOL/RS), Sâmia Bomfim (PSOL/SP) e outros	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.
PL 119/2019	Renata Abreu (PODE/SP)	Inclui a alínea "e" no inciso I no art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para ampliar a atuação do Sistema Único de Saúde na saúde integral da mulher.
PL 8.219/2017	Francisco Floriano (DEM/RJ)	Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de

		saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.
PL 7.867/2017	Jô Moraes (PCdoB/MG)	Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.
PL 2.589/2015	Pr. Marco Feliciano (PSC/SP)	Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica.
PL 7.633/2014	Jean Wyllys (PSOL/RJ)	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.
PL 6888/2013	Antonio Bulhões (PRB/SP)	Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências".

Fonte: elaboração da autora.

Os projetos em tramitação, em quase sua totalidade, dispõem sobre a violência obstétrica em consonância com a sua caracterização pelos movimentos sociais e demais leis estaduais e municipais já promulgadas com esse objeto, a exemplo da definição dada pelo PL nº 7.633/2014 (34), um dos primeiros a serem protocolados com essa temática que prevê, em seu artigo 13 que

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

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério. (34)

O recente PL 878/2019 (35), ao qual o projeto acima foi apensado, prevê a importância dos planos de parto para cada gestante, no qual essa expressa a sua vontade como parte do seu princípio do consentimento e da autonomia.

O artigo 7º ressalta ainda que, durante a elaboração desse plano,

[...] a gestante deverá ser informada, de forma clara, precisa e objetiva pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o seu bem-estar físico e emocional e o da criança". (34)



No artigo 8º, esse PL faz a importante ressalva de que as disposições de vontade, constantes do plano individual de parto, somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do concepto em condições de urgência, mas que devem ser sempre realizadas com o consentimento da mulher.

Nesses dois projetos acima, bem como no PL 7.867/2017, elenca-se uma série de atos que configurariam violência obstétrica, classificados em violências morais e físicas. Essa exemplificação é importante para que se visualize os casos de configuração das violências, tais como “tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal”; “induzir a gestante ou parturiente a optar pelo parto cirúrgico na ausência de indicação baseada em evidências e sem o devido esclarecimento quanto a riscos para a mãe e a criança”; “recusar atendimento ao parto”; “promover a transferência da gestante ou parturiente sem confirmação prévia da existência de vaga e garantia de atendimento ou de tempo suficiente para que esta chegue ao local em segurança”, entre outros (36).

Destaca-se que o PL 2.589/2015 (37) prevê que os atos que configuram violência obstétrica devem ser inseridos nas penas previstas no artigo 146 do Código Penal, que versa sobre constrangimento ilegal e prevê pena de detenção de três meses a um ano, ou multa.

O PL 8.219/2017 (38) estabelece uma sanção própria para os atos que configuram como violência obstétrica, em seu artigo 3º, qual seja: detenção, de seis meses a dois anos, e multa, além de estabelecer sanção específica, consubstanciada em detenção de um a dois anos e multa, para a realização de episiotomia na parturiente, considerando-o “inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico” (38).

Segundo dados da Biblioteca Cochrane a episiotomia é uma incisão no períneo, com uma tesoura ou um bisturi, feita pelos médicos para facilitar os partos vaginais. Na revisão de literatura feita por Jiang *et al* (39) constatou-se que a episiotomia de rotina traz mais traumas às mulheres do que a episiotomia seletiva. Portanto, tal prática deve ser usada não como rotina a todas as mulheres parturientes, mas apenas quando se mostrar indispensável, pois está associada a diversos traumas e complicações pós-parto para as mulheres.



O PL 2.693/2019 (40), por sua vez, busca instituir uma ampla política de atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, prevendo a integração com ações de combate à violência doméstica, humanização no atendimento das gestantes e da família, entre outros princípios. É um projeto amplo que elenca princípios que se conjugam aos demais projetos já elencados. Destaca-se a importância da inserção da discussão e do atendimento à violência doméstica de forma integrada ao atendimento às gestantes.

O PL 3.310/2019 (41) apresenta-se para, exclusivamente, obrigar os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento obstétrico a permitir e facilitar às pacientes o registro de som e imagem durante as próprias consultas pré-natais, o trabalho de parto e o parto. É um projeto com um único artigo, que poderia facilmente ser apensado à discussão dos demais.

O único projeto que representa uma voz dissonante aos demais projetos aqui abordados é o PL 3.635/2019 (42), que visa garantir o direito da parturiente a uma cesariana eletiva, e só poderá ser realizada após 39 semanas de gestação e com a gestante adequadamente informada sobre os benefícios do parto normal e dos riscos da cesariana.

Este projeto de lei explica o mesmo que a Resolução nº 2.144/2016, do Conselho Federal de Medicina (43), que aborda o tema sob a perspectiva da ética médica. Todavia, o Brasil é um país onde as taxas de cesariana superam as taxas de parto normal e encontram-se muito acima do aceito como adequado pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece em até 15%. (44)

O Brasil é o 2º lugar no mundo em percentual de cesarianas. Elas representam 40% dos partos realizados na rede pública de saúde, enquanto na rede particular chegam a 84% dos partos, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde, referentes aos nascimentos em 2016 (45), o que nos permite falar em uma “epidemia de cesarianas” no Brasil (44), de modo que esse projeto de lei vem apenas reforçar a lógica já existente de prevalência do parto cesariano em detrimento do parto normal.

Percebe-se, portanto, que dentre os projetos de lei existentes, oriundos de diversos partidos, há uma convergência na definição e estipulação de normativas para combater e punir a violência obstétrica no Brasil, como parte das violências de gênero praticadas contra mulheres.



Dos 10 projetos analisados, apenas um mostra-se, em alguns aspectos, divergente do entendimento dos demais, o que demonstra que o Parlamento brasileiro possui bases para debater o tema e definir uma normativa federal capaz de abarcar a temática em consonância com as normativas internacionais já ratificadas pelo Brasil em prol dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Para isso, é preciso que a sociedade brasileira se aproprie e divulgue amplamente os debates, para que seja possível convergir e fortalecer as discussões dos projetos de lei abordados no presente trabalho, e que o Parlamento se deixe nortear pelas recomendações internacionais, a fim de dirimir divergências e aprovar uma lei condizente com a complexidade do tema e que proteja amplamente o direito das mulheres.

## **Conclusões**

A violência obstétrica é tema que envolve a violência de gênero praticada contra mulheres e merece atenção do sistema de justiça para que seja adequadamente combatida e punida. Essa temática encontra-se já respaldada em alguns institutos jurídicos, todavia, merece normativa específica para que possa ser enfrentada em toda complexidade e especificidade que envolve o tema, para que se configure uma efetiva proteção contra a violência praticada contra mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com a análise dos Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional sobre violência obstétrica, percebe-se que o Parlamento brasileiro já se encontra subsidiado para a discussão e votação de uma normativa federal que abarque as necessidades das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, em consonância com os direitos humanos e os direitos das mulheres já constantes em documentos internacionais, em especial os direitos sexuais e reprodutivos.

Revela-se premente e urgente que essa normativa seja definida e que a violência obstétrica encontre o respaldo jurídico que merece, para subsidiar adequadamente a atuação do sistema de justiça sobre o tema e, assim, contribuir efetivamente para a diminuição das violências praticadas contra mulheres no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

## **Referências**

1. Parto do Princípio. Dossiê da 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: 08.out.2019].

2. Federici S. *O Calibã e a Bruxa: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva*. São Paulo: Elefante; 2017.

3. Marques SB. A garantia do direito sanitário sob a perspectiva de gênero: desafios e enfrentamentos perante o sistema único de saúde para a garantia do direito à saúde das mulheres. In: Santos AO, Lopes LT. (Org.). *Direito à Saúde. Volume 1. Institucionalização*. Brasília: CONASS. 2018; v.1, p. 221-234.

4. Scott J. *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press; 1988.

5. Barata RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. pp. 73-94. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf>. [Acesso em: 07.ago.2019].

6. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu* (16): 115-136, 2001.

7. Bourdieu P. *A dominação masculina*. 11º ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.

8. Argonese M, Lago MCS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade* 26 (1): 256-270, 2017.

9. Plataforma de Cairo. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. [Acesso em: 10.set.2019].

10. Lemos A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde em Debate* 38 (101): 244-253, 2014.

11. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (3): 627-637.

12. Zanardo GL *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa. *Psicol. Soc.* 2017, vol.29, e155043. p. 1-11.

13. Fundação Perseu Abramo. *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. Pesquisa de opinião*; 2010. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf). [Acesso em: 06/09/2019].

14. TJDF. Acórdão nº 616.518. Civil e Processual Civil. Ação de Indenização por Danos Morais. Negativa de internação à gestante em trabalho de parto. Parto realizado fora das dependências do Hospital. Dano moral caracterizado. 2012.



15. TJDF. Acórdão nº 612.590. Responsabilidade Civil – Dano Moral – Atendimento hospitalar – falha na prestação do serviço – constatado – quantum estipulado adequadamente – incidência a partir da data da r. sentença que reconhece o dever de indenizar – recurso parcialmente provido. 2012.
16. Leal MC *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014.
17. Leal MC *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 1:e00078816.
18. Brasil. Decreto nº 4.377/2002 da Presidência da República. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4377.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm).
19. Cedaw. Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Disponível em: [https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/11/SPM2006\\_CEDAW\\_portugues.pdf](https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf). [Acesso em: 10.out.2019].
20. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
21. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1073-1083, 2009.
22. Kalichman AO, Ayres JR. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública* 32(8):e00183415, 2016. p.1-13.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Integral de Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Editora MS; 2004.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
25. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)
26. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos



serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

27. Rodrigues DP *et al.* O Descumprimento Da Lei Do Acompanhante Como Agravo À Saúde Obstétrica. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 26, n. 3, e5570015, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300319&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300319&lng=en&nrm=iso). [Acesso em: 10 de novembro de 2019].

28. Pereira DM. Violação ao Direito à Saúde das Mulheres no parto: uma análise dos processos judiciais em obstetrícia do TJDFT sob a ótica da Violência Obstétrica. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, do Campus Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva. Brasília; 2015. Disponível em:  
[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/12509/1/2015\\_DesireeMarquesPereira.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/12509/1/2015_DesireeMarquesPereira.pdf)

29. Após recomendação do MPF, Ministério da Saúde reconhece liberdade do uso do termo violência obstétrica [online]. Procuradoria da República de São Paulo. 10.jul.2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/apos-recomendacao-do-mpf-sp-ministerio-da-saude-reconhece-liberdade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica>

30. Escola da Defensoria Pública do Estado do Paraná. Violência obstétrica [online]. Disponível em:  
[http://www.edepar.pr.def.br/arquivos/File/Cartilha/Cartilha\\_sobre\\_violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.edepar.pr.def.br/arquivos/File/Cartilha/Cartilha_sobre_violencia_obstetrica.pdf)

31. Distrito Federal. Lei nº 6.144, de 07 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Disponível em:  
[http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei\\_6144\\_07\\_06\\_2018.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_06_2018.html)

32. Santa Catarina. Lei 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. Disponível em: <http://www.leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-17097-2017-santa-catarina-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-e-protecao-a-gestante-e-parturiente-contr-a-violencia-obstetrica-no-estado-de-santa-catarina>

33. João Pessoa. Lei nº 13.061 de 17 de julho de 2015. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e à parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando à proteção a violência obstétrica no Município de João Pessoa. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2015/1306/13061/lei-ordinaria-n-13061-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-a-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-a-protecao-destas-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-joao-pessoa>



34. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.633 de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em:  
[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=67D125B73B98E77010A8E9C8E6CFE17C.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=67D125B73B98E77010A8E9C8E6CFE17C.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014)
35. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 878 de 2019. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em:  
[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1712064&filename=PL+878/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1712064&filename=PL+878/2019)
36. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.867 de 2017. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em:  
[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017)
37. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2.589 de 2015. Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. Disponível em:  
[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1369606&filename=PL+2589/2015](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1369606&filename=PL+2589/2015)
38. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 8.219 de 2017. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em:  
[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017)
39. Jiang H *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081, 2017.
40. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2.693 de 2019. Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante. Disponível em:  
[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1742946&filename=PL+2693/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1742946&filename=PL+2693/2019)
41. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3.310 de 2019. Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto. Disponível em:  
[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1759840&filename=PL+3310/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1759840&filename=PL+3310/2019)
42. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3.635 de 2019. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Disponível em:  
[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1766676&filename=PL+3635/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1766676&filename=PL+3635/2019)



43. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.144 de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em:  
<https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>

44. Batista Filho M, Rissin A. A OMS e a epidemia de cesarianas. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 18, n. 1, p. 3-4, mar. 2018. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292018000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100003&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>

45. Unicef. Quem espera, espera. Para cada criança. 2017. Disponível em:  
[https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem\\_espera\\_espera.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf)

---

Submetido em: 18/10/19  
Aprovado em: 03/12/19

**Como citar este artigo:**

Marques SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2020 jan./mar.; 9(1): 97-119.

<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>