



10º Encontro Internacional de Política Social
17º Encontro Nacional de Política Social
Tema: *Democracia, Participação Popular e Novas Resistências*
Vitória (ES, Brasil), 27 a 29 de agosto de 2024

Eixo: Classe Social, Gênero, Raça, Etnia e Diversidade Sexual.
Violência Obstétrica à Luz das Políticas Públicas

Resumo: Neste artigo, será abordado a violência obstétrica sob o olhar das políticas públicas, trazendo um método voltado para uma revisão narrativa substanciada por artigos e livros pertinentes a temática. Este estudo destaca a urgência de implementação de políticas públicas que garantam um cuidado respeitoso e empático ao longo do período gestacional, durante o parto e no pós-parto. O papel das políticas públicas é essencial para eliminar a violência obstétrica, porém, sua efetividade requer uma execução rigorosa e o comprometimento de todos os setores envolvidos, incluindo profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Saúde da Mulher; Política Pública; Direitos Fundamentais.

Obstetric Violence in the Light of Public Policies

Abstract: In this article, obstetric violence will be addressed from the perspective of public policies, bringing a method aimed at a narrative review substantiated by articles and books relevant to the topic. This study highlights the urgency of implementing public policies that guarantee respectful and empathetic care throughout the gestational period, during childbirth and postpartum. The role of public policies is essential to eliminate obstetric violence, however, their effectiveness requires rigorous execution and the commitment of all sectors involved, including health professionals, managers and policy makers.

Keywords: Obstetric Violence; Women's Health; Public Policy; Fundamental Rights.

1 Introdução

Para compreender melhor os direitos das parturientes e como eles vêm sendo violados pela crescente prática da violência obstétrica, é necessário fazer uma breve retomada histórica sobre a evolução do parto. Michel Foucault, em sua obra "O Nascimento da Clínica", relata o surgimento da medicina como uma contraposição à filosofia e às curas místicas. No século XVI, inicia-se uma abordagem taxionômica das doenças, influenciada pelo positivismo e pelas ciências exatas, na qual a cura dos enfermos dependia da observação, identificação e classificação de todas as doenças e suas características (Foucault, 1977).

A partir de então, a saúde passa a ser uma preocupação e obrigação do Estado, sendo vista como um interesse público a ser controlado pelo governo. Determinou-se que a medicina seria ensinada em todas as universidades do reino, com cátedras disputadas assim que ficassem vagas, e os estudantes só receberiam seus títulos após três anos de estudos verificados por exames periódicos. Eles deveriam cursar disciplinas obrigatórias, como anatomia, farmácia, química e botânica. O artigo 26 do decreto estabelecia que "ninguém poderá exercer a medicina, nem dar qualquer remédio, mesmo gratuitamente,

se não obteve grau de licenciado" (Foucault, 1977).

Nos hospitais, surge a institucionalização de uma nova abordagem, com vigilância constante e cuidados suplementares, substituindo os rituais tradicionais do parto realizado pelas próprias mulheres. O parto, originalmente um evento feminino íntimo, era conduzido por parteiras com base em saberes empíricos transmitidos de geração em geração. A presença masculina era limitada, e a medicalização intensa do século XIX levou à hospitalização predominante do parto no século XX, com a introdução de práticas cirúrgicas como a episiotomia e o fórceps (Wolff; Waldow, 2008; Osava, 1997; Vieira, 2002; Maia, 2010).

Segundo Vieira (2002), durante o século XIX, o corpo feminino passou por uma intensa medicalização, exigindo o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, anestésicos e uso de assepsia para que os médicos pudessem dominar a prática do parto. Nessa perspectiva, o parto era visto como um risco real de morte, com altas taxas de mortalidade materna na Europa Ocidental. No entanto, a crescente hospitalização do parto contribuiu para a redução dessas taxas, levando à aceitação dos hospitais pela sociedade e consolidando o processo de institucionalização do parto (Vieira, 2002).

Além das dificuldades técnicas e da moralidade da época, o desenvolvimento da obstetrícia enfrentou conflitos em sua institucionalização como disciplina médica, relacionados à noção de que seria uma prática menor dentro da própria medicina. Esse conflito provavelmente se devia ao fato de o parto ter sido até então uma prática feminina. Paradoxalmente, na tentativa de controlar essa prática, os médicos atacavam as parteiras em seus discursos e as submetiam a regulamentações, transformando-as de usurpadas em usurpadoras (Vieira, 2002, p. 72). Consequentemente, as parteiras se afastaram da nova obstetrícia técnica e científica, por sua fidelidade aos paradigmas não-intervencionistas (Osava, 1997).

Com a medicalização, a arte de partejar, antes um saber-poder feminino, foi transformada em um saber-poder masculino. O ato de dar à luz, antes uma experiência subjetiva para a mulher e sua família, tornou-se, no hospital, um momento privilegiado para o treinamento de médicos (Osava, 1997; Progianti, 2001). Essa patologização do processo natural pode alienar as mulheres sobre a compreensão de seu próprio corpo (Siqueira, 2001).

Diante dessa evolução histórica, atualmente há um questionamento sobre o uso

excessivo e indiscriminado de tecnologia no parto (Serra, 2018). O fenômeno da "industrialização do parto" se caracteriza pelo aumento do controle do procedimento pelos médicos, devido às técnicas de anestesia, aparelhos e a entrada do obstetra (Maia, 2010). O parto, antes um evento familiar e comunitário, tornou-se um assunto médico e hospitalar, sinônimo de modernidade, segurança e ausência de dor, e, mais recentemente, de espetáculo (Maia, 2010, p. 33).

Nas últimas décadas, o empoderamento feminino tem contribuído para a ressignificação do parto natural, buscando recolocar a parturiente como protagonista do processo de parir. Essa busca se deve às intervenções médicas, muitas vezes invasivas e desnecessárias, que podem transformar um momento único em um episódio traumático de violência obstétrica (Pasche; Vilela; Martins, 2010).

Dessa forma, a institucionalização do parto abriu espaço para uma relação de poder e hierarquia entre médico e parturiente, potencializada pelas relações de gênero e poder enraizadas na sociedade (Cunha, 2012, p. 8). Nota-se, portanto, a busca por um modelo humanista de parto, em oposição ao sistema assistencialista e tecnocrático. Esse movimento, iniciado nos anos 1980 na Europa, tem ganhado cada vez mais adeptos e apoiadores (Serra, 2018).

Considerando a importância de dar visibilidade a esse problema que muitas das vezes, vem sendo negligenciado nas diferentes esferas, neste artigo, será abordado a violência obstétrica sob o olhar das políticas públicas, trazendo um método voltado para uma revisão narrativa consubstanciada por artigos e livros pertinentes a temática, considerando os temas: Violência obstétrica: da conceituação normativa e a sua fenomenologia, Das possíveis formas de ocorrência de violência obstétrica, e A Parturiente como Sujeito de Direitos

2 Desenvolvimento

2.1 Violência obstétrica: da conceituação normativa e a sua fenomenologia

Ao analisar as formas de violência, observa-se que a violência contra a mulher se enquadra nas categorias de violência de gênero, definida como qualquer ação que cause ou possa causar dano físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças, coerção, privação de liberdade, castigos, maus-tratos, pornografia, agressão sexual e incesto (Kronbauer; Meneghel, 2014, p. 01).

A violência obstétrica é uma forma de violência institucional na assistência obstétrica, onde profissionais de saúde utilizam seu conhecimento de forma arbitrária para controlar os corpos e a sexualidade das parturientes (Silva; Serra, 2017). Para compreender essa violência, é crucial entender o gênero como um elemento fundamental das relações sociais, baseado nas diferenças entre os sexos e como um componente essencial das relações de poder. A violência obstétrica ocorre em um contexto de desigualdade de poder entre médico e paciente (Silva; Serra, 2017, p. 2433).

Foucault (1995) descreve como a profissão médica exerce um poder sem controle sobre os corpos das pessoas, sua saúde, vida e morte, baseado na autoridade cultural e moral que a medicina detém na sociedade. A expressão violência obstétrica engloba atos de violência e danos praticados no corpo da mulher e do recém-nascido sem consentimento ou informação adequada à paciente (Silva; Serra, 2017). A violência institucional na assistência obstétrica pode se manifestar de forma verbal, física, psicológica ou sexual, de maneira explícita ou velada (Kondo et al, 2014).

Assim, considerando todas as reflexões e contextos históricos, a definição de violência obstétrica adotada pelo Brasil, assim como em outros países da América Latina, descreve as diversas formas de violência presentes na assistência à gravidez, parto, pós-parto e abortamento. A partir desse momento, movimentos feministas passaram a adotar o termo na luta pela eliminação e punição dos atos violentos durante o atendimento ao parto, visando a humanização desse momento crucial.

2.2 Das possíveis formas de ocorrência de violência obstétrica

Segundo Tesser et al. (2015, p. 30), a violência obstétrica pode ser definida como apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, expressa por meio de relações desumanizadoras, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. Isso resulta na perda de autonomia e capacidade das mulheres de decidirem livremente sobre seu próprio corpo e sexualidade, impactando aspectos em sua qualidade de vida.

Nesse contexto, tem-se os atos praticados, mais frequentes e que são vistos como forma de efetivação da violência institucional na atenção obstétrica. A manobra de Kristeller consiste em uma técnica realizada durante as contrações do parto, na qual se empurra a parte superior do útero para forçar a descida do bebê em direção à pelve. Essa

manobra utiliza as mãos, braço, antebraço, joelho e, em casos extremos, profissionais chegam a subir sobre o abdômen da parturiente. Essa prática consiste em um flagrante desrespeito à integridade física da mulher, podendo causar lesões nos órgãos internos, hematomas, fraturas de costelas, hemorragias, contusões, além de violência psicológica à gestante. Ademais, expõe o bebê a complicações como distorção de ombros, fratura de clavícula, trauma encefálico, descolamento muscular e hipóxia (Garcia et al., 2013).

A pesquisa "Nascer no Brasil" constatou que essa violação acomete aproximadamente 36,1% das mulheres, um índice extremamente alto que deve ser imediatamente combatido, visto que a OMS (1996) classifica a manobra de Kristeller como uma prática ineficaz, sem evidências científicas que justifiquem seu uso inadequado (Leal et al., 2012). O Ministério da Saúde também descreve o procedimento como claramente prejudicial e que deve ser eliminado (Brasil, 2001).

Nesse sentido, destaca-se a decisão do Conselho de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS), homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2017, que proíbe a participação de profissionais de Enfermagem na manobra de Kristeller. Essa busca pela extinção da prática se justifica, pois não há benefícios maternos ou fetais comprovados, apenas riscos associados a episiotomias, lacerações, dor perineal e dispareunia no pós-parto, além de sequelas físicas e psicológicas para a mãe e o bebê (Carvalho, 2014).

Pesquisas apontam diversos fatores que levam as mulheres a optarem pela cesariana, como a conveniência dos médicos em realizar intervenções programadas, a insegurança quanto ao parto normal devido a um treinamento obstétrico insuficiente, a crença de que as mulheres preferem e solicitam a cesariana, a realização frequente de esterilização cirúrgica durante cesáreas eletivas, o medo da dor do trabalho de parto, a associação do parto normal a algo "feio" e "primitivo", entre outros (Faúndes; Cecatti, 1991; Rattner, 1996; Tesser Et Al., 2015). Esses fatores criam e agravam a "cultura da cesárea" entre as brasileiras, levando a uma preferência pelo parto cirúrgico, com impactos significativos nos custos do setor de saúde (Diniz, 2001, p. 15).

Embora os índices de cesáreas no Brasil superem muito a taxa ideal recomendada pela OMS, a cesárea não pode ser considerada, de forma literal, sinônimo de violência obstétrica. Ela pode ser associada a esse fenômeno quando realizada sem necessidade real ou quando as mulheres são submetidas a ameaças, coerção e imposição da vontade

médica, desrespeitando sua autonomia (Serra, 2018).

Diante desse cenário, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução n. 2144/2016, que estabelece novos critérios para a realização de cesarianas, com o objetivo de garantir a segurança do feto e respeitar a autonomia da parturiente. Essa resolução determina que a cesariana só poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, com o devido registro em prontuário, e que a mulher deve ser bem informada para decidir, junto com o médico, as melhores opções de tratamento, com base na melhor evidência científica.

A demora no atendimento ao parto, caracterizada pela negligência no cuidado médico-hospitalar, é uma forma de violência obstétrica. Essa demora ocorre devido à negativa de atendimento por parte dos profissionais de saúde, indisponibilidade de médicos, leitos obstétricos ou UTI neonatal, gerando a chamada "peregrinação por leito". A falta de cuidado, o desrespeito e a recusa de atendimento por alguns profissionais de saúde caracterizam uma violência de caráter institucional, ocasionada pela falta de acolhimento e apoio à mulher durante o processo de peregrinação. Essa violência institucional se manifesta por meio de omissão de cuidados, insultos, humilhações, ofensas, discriminação e culpabilização (Rodrigues et al., 2015).

Diniz e Chacham (2006, p. 82) afirmam que as mulheres que dependem do SUS durante o pré-natal frequentemente não conseguem reservar um leito para o parto, pois os profissionais de saúde fornecem uma "carta de recomendação" que geralmente não produz resultado. Além disso, alguns hospitais só aceitam as mulheres que estão prestes a dar à luz, dando-lhes pouco tempo para procurar um leito. A Lei n. 11.634/2017 garante à gestante o direito de conhecer e se vincular previamente à maternidade onde realizará o parto ou receberá atendimento em caso de intercorrências pré-natais. Porém, a demora no atendimento ao parto pode gerar sequelas físicas irreversíveis ou até mesmo a morte do recém-nascido, além de danos psicológicos aos pais, devido às falhas no sistema de saúde (Serra, 2018).

2.2.1 Proibição de Acompanhante

A Lei n. 11.108/2005 estabelece que os serviços de saúde do SUS, tanto próprios quanto conveniados, devem permitir a presença de um acompanhante indicado pela parturiente durante todo o processo de parto e pós-parto imediato. A proibição do

acompanhante é considerada uma forma de violência obstétrica, indo contra a legislação vigente, incluindo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da ANVISA e a Resolução Normativa (RN) 262/2011 da ANS, bem como o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei 13.257/2016 em casos de gestantes adolescentes. A presença do acompanhante é respaldada pela política oficial da "Rede Cegonha" do Ministério da Saúde. Argumentos para negar acompanhantes muitas vezes estão ligados a questões institucionais ou decisões médicas. A presença de acompanhantes durante o parto é altamente benéfica, promovendo um ambiente mais seguro, apoio emocional, e melhores resultados no parto.

2.2.2 Aplicação de Ocitocina

A ocitocina é um hormônio que estimula as contrações uterinas e pode acelerar o trabalho de parto, sendo produzida naturalmente pelo corpo. No entanto, a ocitocina sintética, usada para acelerar o parto de forma indiscriminada, pode causar dores intensas durante as contrações e sérias complicações para a mãe e o bebê se não for utilizada corretamente. Se administrada sem necessidade ou controle, pode levar a complicações como aumento da frequência cardíaca da mãe e problemas de oxigenação para o bebê, podendo resultar em danos cerebrais. O uso da ocitocina sintética sem consentimento da paciente é considerado violência obstétrica, pois muitas vezes é aplicada sem informar os riscos e benefícios do procedimento. Isso pode causar danos psicológicos às parturientes, que se sentem desamparadas e muitas vezes são submetidas a procedimentos dolorosos sem consentimento adequado. A OMS recomenda o uso da ocitocina apenas em situações específicas, como no terceiro estágio do parto em casos de risco de hemorragia pós-parto, desencorajando seu uso rotineiro.

2.2.3 Restrição da Posição para o Parto

Restringir a posição escolhida pela mulher durante o parto é uma forma comum de violência obstétrica. Muitas vezes, os profissionais de saúde impõem a posição de litotomia (deitada, com pernas abertas e elevadas) ou posição supina (deitada de costas), ignorando a preferência da parturiente. Essa posição prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do bebê. Como afirma Maia (2010), a posição deitada deixa claro que o protagonista do parto é o médico,

e não a mulher. A RDC nº 36/2008 da ANVISA assegura o direito da parturiente de escolher a posição durante o parto, desde que não haja impedimentos clínicos. A OMS também recomenda estimular posições não supinas durante o trabalho de parto e evitar o uso rotineiro da posição de litotomia. No entanto, muitas mulheres ainda são impedidas de escolher a melhor posição para o parto, evidenciando a violência obstétrica.

2.2.4 Violência Psicológica

A violência psicológica é uma das formas mais recorrentes e invisibilizadas de violência obstétrica, podendo ocorrer isoladamente ou em conjunto com outras categorias, como negligência, violência física e sexual. Caracteriza-se por ações verbais ou comportamentais que causem na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, insegurança, ludibriamento, perda de integridade e dignidade. Esses danos à saúde mental e qualidade de vida da vítima são materializados e diagnosticados por meio de perícias. Diante da gravidade das consequências da violência psicológica, alguns autores defendem a possibilidade de sua criminalização como crime de lesão corporal à saúde da vítima, com base no Código Penal e na Lei Maria da Penha.

2.2.5 Privação de Alimentos e Bebidas

No que se refere à alimentação das parturientes, destaca-se que a prática de privação de alimentos e bebidas (jejum forçado e prolongado) durante o pós-parto, com o objetivo de esvaziar o estômago, foi reavaliada e considerada ineficaz e prejudicial à saúde da mulher, devido aos riscos de hipoglicemia e desidratação. Apesar disso, o jejum forçado e prolongado é uma prática comum, inclusive em casos de parto normal sem anestesia, sendo justificada com o argumento de evitar náuseas e vômitos. Essa imposição acaba sendo aceita pelas mulheres, sem possibilidade de contestação. Contrariamente a essa prática, a OMS inclui a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto como uma conduta demonstradamente útil e que deve ser estimulada, enquadrando a restrição hídrica e alimentar como uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado. A ingestão de alimentos e bebidas, por outro lado, propicia melhores condições físicas para a mulher fazer força no período expulsivo, evitando a necessidade de maior aporte medicamentoso para sua recuperação.

2.3 A Parturiente como Sujeito de Direitos

Os direitos humanos quanto os direitos fundamentais são comumente violados quando há ocorrência do fenômeno da violência obstétrica. Desse modo, necessário trazer, a título de exemplo, direitos básicos das mulheres gestantes que são cotidianamente negligenciadas, antes, durante e após o parto, sendo os principais (Serra, 2018):

Direito à vida: trata-se do mais primordial direito humano, transcrito como direito fundamental pelo art. 5º da CF/88. No âmbito da saúde da mulher gestante, tal direito garante às parturientes não só a sua proteção individual, mas também a do neonato, assegurando-lhes o direito de permanecerem vivos.

Direito à integridade pessoal: caracterizado como um direito humano, o direito à integridade pessoal é assegurado pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica – 1969) que preconiza, em seu art. 5º, o direito a integridade física, psíquica e moral de todas as pessoas, não podendo ser submetidas a tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos. O direito à integridade pessoal determina que ninguém poderá ter seus direitos físicos e morais violados.

Direitos sexuais e reprodutivos: inseridos como direitos humanos e fundamentais, vez que estão pautados no princípio basilar da dignidade da pessoa humana, protegem os cidadãos ao livre exercício da sexualidade e reprodução, embasando-se em quatro bases éticas: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade (Corrêa; Petchesky, 1996).

Direito à informação: trata-se de um direito fundamental e humano, devidamente resguardado pelo art. 5º, XIV e XXXIII da CF/88, bem como na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, no art. 6º. Referido direito está assentado no respeito à liberdade, à autonomia, à dignidade da pessoa humana (Dubdh, 2005). Para Pereira (2010), o direito à informação é fundamental para o paciente, vez que possui capacidade de concretizar a autodeterminação pessoal, já que lhe é assegurado o poder de decidir, livremente, sobre seu corpo.

Diante de tais informações é que a mulher terá o direito de recusar tratamentos ou procedimentos em seu corpo, recusa essa denominada de recusa informada (Ciello et. al., 2012). A aplicabilidade desses direitos no que se refere à violência obstétrica deve se ater

aos princípios bioéticos. A bioética é definida como o estudo sistemático da conduta humana a área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que examina tais condutas à luz dos valores e princípios morais, na busca de um atendimento eficaz aos problemas da vida, saúde e morte do ser humano (Lepargneur, 1996).

Para a presente pesquisa, é importante analisar os princípios da autonomia e da beneficência, em razão da linha tênue entre eles nas práticas atreladas a violência obstétrica. Limitar a decisão do paciente no que tange a situações em que podem ter uma decisão inteiramente autônoma pode gerar a privação da assistência à saúde e a vontade do paciente. Nesse sentido, muitos profissionais de saúde utilizam informações falaciosas ou coação no intuito de convencer as mulheres a realizar determinados procedimentos, tais como as cesáreas eletivas (Wanssa, 2011).

Já o princípio da beneficência resume-se no dever ético de não fazer mal, maximizando os benefícios e minimizando danos e prejuízos, é fazer o que é melhor para o paciente do ponto de vista técnico-profissional e ético, utilizando conhecimentos e 39 habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e maximização dos benefícios do procedimento que se pretende realizar (Loch, 2002).

Diante da conceituação dos referidos princípios, Diniz e Guilhem (2012) destacam que há uma linha tênue entre a proteção e a autoridade, gerando a limitação do princípio da autonomia e da beneficência, podendo inclusive haver a utilização do princípio da beneficência como subterfúgio para utilização de procedimentos que, segundo os profissionais, se não realizados, poderiam colocar em risco a vida os envolvidos. A partir daí surge a dúvida: como assegurar o direito à autonomia preservando a vida do paciente? Até que ponto pode o paciente exercer sua autonomia?

Para Beauchamp e Childress (2002), o respeito à autonomia significa que a autodeterminação do agente moral só poderá ser considerada quando não produz danos ou sofrimentos a outras pessoas. Muito embora não haja uma hierarquização dos princípios bioéticos, o que se pode verificar é o predomínio do princípio da autonomia sobre os demais princípios (Diniz; Guilhem, 2012).

Destaca-se que, muitas vezes, o princípio da autonomia pode vir mascarado pela coerção da vontade, como no uso e acesso às novas tecnologias reprodutivas, tendo em vista que muitas mulheres se submetem a procedimentos invasivos em virtude dos papéis

hegemônicos atribuídos em que a maternidade é quase um imperativo social, não exercendo livremente a sua autonomia reprodutiva (Diniz; Guilhem, 2012).

Na prática, o respeito à autonomia encontra-se em oposição ao modelo paternalista, modelo este em que todas as decisões são tomadas pelo médico isoladamente, de modo a impedir a atuação do paciente como protagonista do seu próprio tratamento. Sob essa perspectiva, o modelo participativo é considerado ideal do ponto de vista ético, em que o médico, utilizando justamente o direito de informação ao paciente, informa-o, orienta e aconselha-o, no que tange a tomada de decisões livre e consciente (Ugarte; Acioly, 2014).

Tal conduta vem sendo observada no procedimento de parto, vez que as mulheres, muitas vezes por orientação médica, acabam não manifestando a sua vontade e sendo expostas a situações pelas quais não objetivam e muito menos precisariam passar. 40 No que se refere ao Princípio da Dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, II, CF/88, princípio este basilar ao Estado Democrático de Direito, destaca-se que abarca três conteúdos essenciais: valor intrínseco, autonomia e valor social da pessoa humana. No plano jurídico, o valor intrínseco da pessoa humana determina a inviolabilidade da sua dignidade, abrangendo uma série de direitos fundamentais: direito à vida, direito à igualdade, direito à integridade física, além da integridade moral ou psíquica (Barroso, 2010).

Dworkin (2002) afirma que o direito deve ser interpretado como um fenômeno político de promoção da justiça nas ações individuais e sociais. Ainda que haja ausência de lei específica como importante instrumento de segurança jurídica, o ilícito da demanda pode ser sanado tomando por base os direitos e os princípios expostos que encontram guarida em nosso ordenamento jurídico, dentre eles o fundamento do ordenamento jurídico pátrio, a dignidade da pessoa humana.

2 Considerações Finais

A violência obstétrica representa uma transgressão aos direitos fundamentais das mulheres grávidas, impactando significativamente tanto sua saúde física quanto emocional. Este estudo destaca a urgência de implementação de políticas públicas que garantam um cuidado respeitoso e empático ao longo do período gestacional, durante o parto e no pós-parto.

O papel das políticas públicas é essencial para eliminar a violência obstétrica, porém, sua efetividade requer uma execução rigorosa e o comprometimento de todos os setores envolvidos, incluindo profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas. É crucial que os programas de capacitação contínua para profissionais de saúde abordem os direitos das gestantes e práticas de atendimento humanizado.

Além disso, é vital que as mulheres sejam educadas sobre seus direitos e tenham acesso a canais eficazes para denunciar e buscar peças. O envolvimento ativo da sociedade civil e das organizações de defesa dos direitos das mulheres é fundamental para supervisionar e impulsionar mudanças concretas.

A edificação de um sistema de saúde que respeite e promova a dignidade das gestantes não é apenas uma questão de políticas públicas, mas de equidade social. Portanto, a luta contra a violência obstétrica deve ser uma prioridade na agenda de direitos humanos e saúde pública. Somente por meio de um esforço coletivo e persistente será viável garantir que todas as mulheres tenham uma experiência de parto segura, digna e respeitosa.

4 Referências

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação.** Versão provisória para debate público. Mimeografado, p. 3, 2010.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica.** Edições Loyola, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, Senado Federal, 1988.

_____. **Lei 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. Brasília: 2005.

_____. **Lei 11.634, de 27 de setembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução no 36, de 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: ANVISA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos**. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: 1996.

CARVALHO, Laëtítia Cristina. **Os efeitos da manobra de kristeller no segundo período de trabalho de parto**. Tese de Doutorado. 2014.

CARVALHO, Márcia Haydée Porto. A defesa da honra e o direito à informação. **Letras contemporâneas**, 2002.

CIELLO, Cariny et al. **Parto do princípio**. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor". 2012.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 147-177, 1996.

CUNHA, Eliane. **Violência no parto em Minas Gerais: denúncia à Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa**. Belo Horizonte, 2012.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1521-1534, 2008.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; AYRES, J. R. C. M. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, v. 255, 2001.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é Bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões de saúde reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 150-173, 1991.

FOUCAULT, M. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e a hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel; RAMALHETE, Raquel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**.

Petrópolis: Vozes, 1977.

GARCIA, Begonã et al. **Dossier STOP Kristeller: riesgos para la madre y el bebé.** 2013.

KONDO, Cristiane Yukiko et al. **Episiotomia “é só um cortezinho”: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica.** 1 ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014.

KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 695-701, 2005.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.** Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LEPARGNEUR, Hubert. **Força e fraqueza dos princípios da bioética.** Bioética – v.4, nº2, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1996.

LOCH, Jussara de Azambuja. Princípios da Bioética. In: KIPPER, Délio José. **Uma Introdução à Bioética.** Temas de Pediatria Nestlé, n.73, 2002.

MAIA, Mônica Bara. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online].** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico.** 1997. 129 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. **Relação médico-paciente: o respeito à autonomia do paciente e a responsabilidade civil do médico pelo dever de informar.** 2010. 269 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pós-Graduação em Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro 1934/1951).** 2001. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery.

RATTNER, Daphne. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 19-33, 1996.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2015.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência Obstétrica em (des)Foco: uma avaliação da atuação do judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ**. Dissertação (Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça) – Universidade Federal do Maranhão. 2018.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 5, p. 274-277, 2014.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2002.

WANSSA, Demasi; DO CARMO, Maria. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, 2011.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 138-151, 2008.