

EM MEIO DE DORES DARÁS À LUZ¹: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO AFRONTA AOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

Enfobstec (pseudônimo)
Obstetrix (pseudônimo)

O antigo modelo de assistência obstétrica, tradicionalmente tutelado pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como intento divino, uma contraprestação penal à desobediência humana no pecado original de Adão e Eva, sendo obstaculizado e, até mesmo, ilegais subterfúgios para diminuir os riscos ou aliviarem as dores do parto. A obstetrícia médica vem, então, reivindicar seu papel redentor, trazendo uma preocupação humanitária de parturição sem dor. Abole-se, pois, a sentença do Paraíso, com que há séculos a tradição conservadora vem ligando o sacramento da maternidade. A parturiente deixa ser der exposta como culpada que deve se sacrificar com fito de afastar a ira de Deus, mas, é identificada como vítima da sua natureza carnal, e o papel do obstetra-salvador tornar-se o de antecipar e combater os muitos perigos do nascimento (DINIZ, 2005). Mesmo após séculos nessa evolução conceitual, o tratamento dispensado às gestantes no Brasil se afasta, e muito, daquele preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstrando-se, ao revés, como causador de maciça de violência obstétrica, que constitui afronta aos direitos humanos das mulheres, infringindo, diretamente, seus direitos reprodutivos e sexuais.

O respeito por parte dos profissionais da assistência à fisiologia natural do nascimento, as decisões conscientes e esclarecidas de mulheres em estado gravídico, assim como a garantia da integridade mental e corporal, configuram mecanismos de efetivação do direito a um parto seguro e respeitoso. Além disso, a submissão à autonomia da vontade da parturiente e inibição de atos atentatórios a sua dignidade e do neonato, de modo a promover uma maternidade prazerosa e satisfatória estão diretamente vinculados ao pleno exercício dos direitos humanos. Considera-se inerente ao postulado da dignidade da pessoa humana a garantia a um parto humanizado, no qual a gestante não seja submetida a maus tratos obstétricos, e os devidos e fundamentados esclarecimentos acerca dos procedimentos necessários e indicados aos quais as mulheres serão submetidas durante a gestação, bem como

¹ O nascimento da humanidade, descrito no primeiro livro das Escrituras Sagradas, o Gênesis, relata a criação de todas as coisas, narrando que o Deus Eterno formou do pó um casal, Adão e Eva e os colocou para habitar no Paraíso. Permitiu-os que comessem e desfrutassem de todos os frutos das árvores que havia no Jardim, todavia da Árvore do Bem e do Mal não poderiam comer, pois, no dia que o fizessem, certamente morreriam. Eva, enganada pela astuta Serpente, percebeu que o fruto era bom de comer, agradável aos olhos e desejável para dar entendimento, tomou-lhe do fruto e o comeu, tendo também dado ao seu marido, Adão. Como consequência pelo pecado original, à mulher fora decretado: “Multiplicarei sobremodo os sofrimentos da tua gravidez; *em meio de dores darás à luz filhos*; o teu desejo será para o teu marido, e ele te governará”. (Gênesis 3:16) (*grifo das autoras*)

parto e puerpério, é também direito fundamental garantido pela Constituição brasileira. Por essa razão, aliada ao fato de que a discussão jurídico-doutrinária sobre o tema ainda é incipiente, justifica-se o presente trabalho.

A concepção contemporânea de direitos humanos, caracterizada pela universalidade, clama por sua unânime extensão sob o fundamento de que a condição de pessoa é o requisito único para a dignidade e titularidade de direitos, enquanto o atributo da indivisibilidade atua na garantia dos direitos civis e políticos como condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais. Assim, quando um destes direitos é violado, todos os demais também o são, pois, os direitos humanos compõem uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada. Por essa razão, somente com o reconhecimento integral dos direitos humanos é possível assegurar a existência real de cada um deles, pois, na ausência de efetividade do gozo desses direitos, eles se reduzem a meras categorias formais. Nessa linha, imprescindível reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como uma face dos direitos humanos, a fim de se indicar que a universalidade dos direitos humanos atinge, de maneira particular, as especificidades do indivíduo, porém, não se dissociam deles. Não são dicotômicos, mas sim, complementares (PIOVESAN, 2002).

As discussões de que atos atentatórios à dignidade da mulher durante a gestação, de fato, configuravam violência obstétrica e devem, portanto, serem coibidos, é, historicamente, recente. Tal afirmação é realizada com fundamento na ausência de promoções, ainda que a nível global, acerca dos direitos e garantias da parturiente anteriores a segunda década do século XXI (DINIZ, *et. al.*, 2015). No Brasil, todavia, a realidade é ainda mais assombrosa, pois o pioneirismo ao tratar sobre as inúmeras violações aos quais são submetidas às mulheres, principalmente no que toca a identidade sexual, é datado da década de 1980, por meio de pesquisadores denominados GRUPO CERES (1981), que realizaram uma etnografia da experiência feminina, expondo explicitamente a experiência do parto institucionalizado “como uma vivência violenta” (DINIZ, *et al.*, 2015). Em 1996, a OMS classificou que violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis, sendo certo que a violência obstétrica se destaca como um tipo específico de violência contra a mulher.

As inúmeras produções acadêmicas, especialmente no âmbito da saúde, permite averiguar que as ingerências sobre os corpos e vontades das mulheres muito envolvem um contexto prévio de limitações e supressões de direitos fundamentais, os quais dissipam a autonomia feminina, remontando, por conseguinte, à necessidade de uma nova perspectiva crítica dos direitos humanos – estabelecida por Joaquín Herrera Flores – “como processos institucionais e sociais que possibilitem a abertura e a consolidação de espaços de luta pela

dignidade humana” (2009, p. 25), sendo assim, assegurar que os direitos humanos são espaços de luta (MANENTE, 2010). As questões de gênero e desigualdade não se apresentam como uma particularidade própria deste País, no entanto, a história pátria é arraigada e alicerçada pela constante ausência de participação feminina e proteção de seus direitos, e a intensa busca por garantias igualitárias às mulheres ainda se faz presente. Desse modo, visando à promoção da igualdade entre os sexos e a não-discriminação das mulheres, a comunidade internacional adotou, ao longo da segunda metade do século passado, inúmeras convenções, tratados e planos de ação, em conferências internacionais, “reconhecendo e afirmando os direitos humanos das mulheres” (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 109).

A violência de gênero, ocorre não só nas relações entre homens e mulheres, mas sobrevém, especialmente, sobre o feminino e constitui uma questão de saúde pública, além de ser considerada uma violação dos direitos humanos, quando submete a mulher a uma situação de vitimização por razões conjugais, sexuais ou culturais, a qual, frequentemente, se demonstra na esfera privada (QUEIROGA; SILVA, 2015). Essa moderna percepção e consciência foi fruto de um trabalho infatigável de diversos grupos sociais, e as múltiplas expressões da violência demandam também significação, de modo que, aquilo que pode ser considerado violência para um grupo, pode não possuir o mesmo significado para outro, considerando-se, para tanto, questões institucionais e culturais. Ainda assim, “o fato é que o ato violento varia da ação simbólica à sua expressão física, ambos se caracterizam pela expressão de poder e dominação” (QUEIROGA; SILVA, 2015, p. 05).

A invisibilidade da questão obstétrica, em suas muitas facetas, está intimamente ligada à realocação da figura protagonista deste evento, uma vez que, após a Segunda Guerra Mundial, progressivamente, houve a institucionalização do nascimento ante ao crescimento do número de partos ocorrendo no interior dos hospitais, tendo os médicos diminuído de forma significativa os riscos hospitalares ao incorporarem novos conhecimentos e habilidades. As alterações não se restringiram à transição entre o local do nascimento, das casas para o ambiente hospitalar, como também a modificação na posição, de vertical para a deitada, litotômica, semi-sentada, as quais foram sugeridas em Londres e Paris, tendo como causa a comodidade do médico ou dos assistentes responsáveis pelo atendimento ao parto (SANTOS, 2000). A experiência do nascimento, então, passou por uma mudança exponencial, retirando-se das mulheres o papel de protagonistas de seus próprios partos, bem como de repositórios inerentes de sabedoria acerca do nascimento (LOTHIAN, 2006).

Com essas mudanças, passou a ser corrente a introdução de métodos artificiais que se sobrepujam aos mecanismos fisiológicos do parto, e que, essencialmente, desrespeitavam

diversos aspectos do processo natural do nascimento. Além disso, houve prejuízo na qualidade do atendimento ao parto normal de risco habitual, já que “o modelo hospitalocêntrico, medicalizante e tecnocrático” (ZANARDO, *et. al*, 2017, p. 4) passou a ser a postura adotada pela maioria das escolas médicas, que perdura até os dias atuais. Igualmente, a atenção e a preocupação, outrora dedicados exclusivamente às parturientes, foram deslocadas para os assistentes obstétricos (SANTOS, 2000). Nesse cenário, surgem variadas maneiras de usurpação dos direitos das mulheres, ainda que veladamente e sob o pretexto – e contexto – de que se tratam apenas de procedimentos de práxis, de modo que, às gestantes, é dispensada uma assistência que se afasta da respeitosa e humanista, relegando-lhes a uma experiência dissociada de amparo e prazer (MATTAR; DINIZ, 2012). Os atos atentatórios à dignidade da mulher em estado grávidico-puerperal e do neonato foram denominados de violência obstétrica, sendo bem definida pela legislação venezuelana como:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (VENEZUELA, 2007)

No Brasil, ainda que convenções internacionais sobre o tema tenham sido ratificadas internamente e haja legislações² que se propõem a salvaguardar os direitos das mulheres a uma vida digna e coibir todas as formas de violência e discriminação, não há uma previsão específica do que seriam maus tratos na assistência obstétrica, tampouco mecanismos efetivos de refreio ou prevenção. Dados da pesquisa “Mulheres Brasileiras e gênero nos Espaços Público e Privado” da Fundação Perseu Abramo (2010) apontam que uma em cada quatro mulheres relatou que sofreu violência obstétrica. A OMS emitiu uma declaração de Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, destacando que tal tratamento “não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação” (2014, p. 1).³

² A título exemplificativo tem-se: Convenção sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) de 1979; Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção do Pará) de 1994; Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) – Agenda 2030; Lei 11.340/06 – Lei Maria da Penha; Lei 13.104/15 que alterou o Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do delito de homicídio e o inclui no rol dos crimes hediondos.

³ A pesquisa revela, também, como é fundamental o fomento à pesquisa e à mobilização social a fim de se modificar a realidade temática de transgressão a saúde pública e aos direitos humanos.

Em que pese o desrespeito e os atos violentos possam ocorrer em todo e qualquer momento da assistência, as mulheres estão especialmente vulneráveis durante o parto e esse fenômeno se demonstra pelas especificidades inerentes ao nascimento. Todavia, o que anteriormente não era objeto de discussão e se limitava a dicotomia – sentir dor *versus* não sentir dor–, resultou em inúmeros estudos sobre a ingerência de tais procedimentos intervencionistas no tocante às possíveis consequências adversas, as quais diretamente incidem sobre a saúde materna e fetal. Nessa seara, os estudos comprovam que relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem:

Violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. (OMS, 2014, p. 1)

A violência obstétrica consiste, também, no uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, sem qualquer embasamento em evidências científicas. São consideradas condutas desrespeitosas, portanto: a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); episiotomias de rotina (cortes no períneo) – que não possuem comprovação científica e são consideradas verdadeiras mutilações vaginais; a realização de enema (lavagem intestinal); indução do trabalho de parto por meio de ocitocina sintética, manobra de Kristeller e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher, tendo este último, inclusive, proteção legal por meio da Lei n. 8.080/90 (ZANARDO, *et. al*, 2017). Dados extraídos da pesquisa da Rede Cegonha (ARRUDA, K G M; MONTAGNER, M I; MONTAGNER, 2017) que contou com a análise secundária de 103.905 inquéritos válidos respondidos pelas mulheres, apontou que do total de entrevistadas, 12,6% das mulheres relataram ter vivido algum tipo de violência durante o parto, sendo que 50% relataram o mau atendimento como a principal violência e 25% apontaram para relatos de que não foram sequer ouvidas. Quanto à agressão física, verbal e/ou psicológica, 12% relataram agressão verbal e 2,4% apontaram terem sido agredidas fisicamente.

Por essa razão, os maus tratos obstétricos são considerados uma violação dos direitos das mulheres em estado gravídico-puerperal, conectado à perda da autonomia e à capacidade de decisão sobre seus próprios corpos. Nesse sentido, “significa a apropriação dos processos

reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto” (ZANARDO, *et. al*, 2017, p. 5). Por certo, “os abusos, maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente” (OMS, 2014, p. 2), fazendo-se imprescindível a ênfase nos direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, de modo que a gestante seja vista e tratada como um indivíduo singular, que é detentor de direitos e garantias inerentes a sua condição humana.

A assistência à reprodução é intimamente influenciada pelos valores sociais, refletindo as hierarquias da sociedade onde se insere. Assim, muitas vezes sua qualidade é “limitada pela escassa atenção às evidências sobre segurança e conforto das intervenções médicas, e pela permanência de uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres” (DINIZ, 2009, p. 322). As parturientes descrevem o trabalho de parto como “dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda, e estigmatizam a maternidade na adolescência” (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 112).

É perceptível que a violência obstétrica possui caráter endêmico e está inserida na violência institucional representada pela postura recalcitrante dos atores da assistência à saúde, caracterizada por negligência e maus-tratos dos profissionais com as usuárias. Frases como “*na hora de fazer gostou, então agora aguenta*”(sic), assim como xingamento e humilhação, comumente proferidos pela equipe da assistência⁴, se “converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência” (ZANARDO, *et. al*, 2017, p. 6). Por outro lado, a escolha das mulheres pela via cirúrgica da cesariana se demonstra como um mecanismo de fuga frente às possíveis violações durante o trabalho de parto por horas a fio. A mulher perde autonomia nas decisões sobre seu parto e submete-se a orientações que não compreende totalmente, o que faz com que profissionais esqueçam que é a mulher quem está com dor e que vai parir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). O parto tornou-se amedrontador para as mulheres e asséptico para os profissionais de saúde, o que pode levar a mulher a se tornar um objeto de intervenções e manipulações sem consentimento ou sem a informação suficiente sobre os processos a serem realizados,

⁴ Nesse sentido apontam estudos quantitativos e qualitativo como: AGUIAR, 2010; MCCALLUM e REIS, 2006.

acarretando a exposição da paciente a sofrimentos desnecessários e que podem trazer consequências drásticas e irreparáveis (AGUIAR, 2010).

De tal modo, “as práticas carregadas de significados culturais e estereotipados de desvalorização e submissão da mulher, atravessadas pelas ideologias médica e de gênero, se tornam naturalizadas na cultura institucional” (ZANARDO, et. al, 2017, p. 9), o que favorece a existência e manutenção desse tipo de violência que, por sua vez, não deve ser atrelada apenas como reflexo das precárias condições de trabalho dos profissionais, como também da coisificação da vida e do ultraje aos direitos humanos. Nesse diapasão, “faz-se necessário o fortalecimento da compreensão de saúde como produção de subjetividade com o objetivo de resistir a todas as formas de violência e investir esforços no sentido do respeito à vida humana” (ZANARDO, et. al, 2017, p.6). Como alavanca para essa mudança é necessária a elaboração de políticas públicas que assegurem a diminuição das desigualdades sociais, a valorização dos trabalhadores da saúde, a utilização das boas práticas no parto e no nascimento, baseadas em evidências científicas, e a distribuição de serviços e equipamentos de saúde articulados em rede e que compreendam sujeitos de forma integral (GOMES, 2014). E nesse sentido, o Ministério da Saúde tem empreendido esforços para melhorar a assistência obstétrica e neonatal em todo o país, bem como das condições de vida das mulheres através da incorporação da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).⁵

Outro contraponto e resposta às cascatas de intervenções médicas, instrumentais e medicamentosas, é a humanização do parto atua na tentativa de resgatar a preciosidade desse momento tão singular na vida das mulheres. A humanização do parto não consiste em inovações tecnológicas e científicas, mas, tão somente, no respeito à fisiologia do corpo, aos limites e vontades das mulheres, e na desmistificação da experiência do partear, que é, em última análise, um processo natural, no qual a confiança é depositada na sabedoria singular do corpo humano. É preciso reconhecer as diversas dimensões da violência enfrentada por mulheres no parto, posto que combater a violência obstétrica é promover a saúde mental e o bem-estar da mulher, é empenhar-se pela redução da mortalidade materna, é garantir o direito fundamental das mulheres de ter uma assistência profissional apropriada, durante a gravidez,

⁵ Desde os anos 2000 foi proposta e instituída uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros (Ministério da Saúde, 2014). Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha (Portaria n. 1.459/2011), buscando assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, com objetivo de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até os 24 (vinte e quatro) meses de vida, assim como reduzir a mortalidade materna e infantil.

assim como no parto e pós-parto, sendo certo que a garantia à saúde, bem como o acesso à informação de qualidade, ambos protegidos constitucionalmente, compõem essa tríade que resultam na experiência de um parto respeitoso. Remonta, portanto, ao postulado da dignidade da pessoa humana, vertente e corolário do Estado Democrático de Direito, assim como ao respeito à autonomia privada, à integridade corporal e ao fomento às escolhas conscientes, as quais somente são possíveis por meio de veiculação de informações oriundas da medicina baseada em evidências.

Ante o exposto, é possível compreender que, tanto a opção pelo não-exercício da maternidade como a voluntariedade pelo seu exercício de forma segura, socialmente amparada e prazerosa, estão diretamente vinculados ao efetivo exercício de direitos humanos, individualmente e na sua integralidade. Conclui-se, ao revés que, “quanto menos as mulheres exercitarem seus direitos humanos em geral, e os reprodutivos e sexuais especificamente, em piores condições vivenciarão o exercício da maternidade ou arcarão com as consequências da falta de respaldo do Estado e da sociedade” (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 112). Nesse sentido, o Radar dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), vinculado ao Centro Estratégico de Estudos da Fiocruz⁶, propõe que a redução desse tipo de violência perpassará por: 1) promover o empoderamento de todas as mulheres e meninas, aprofundando o compromisso com a construção da igualdade de gênero e com os direitos de todas, eliminando disparidades de gênero na educação e no trabalho; 2) assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação; e 3) proporcionar o desenvolvimento e formação do pessoal em saúde voltados para os direitos humanos, igualdade de gênero, promoção de uma cultura de paz e não violência.

Por derradeiro, cumpre destacar que o planejamento familiar, mesmo que não expresso, faz parte do rol de direitos fundamentais previstos na Constituição Federativa de 1988, culminando, portanto, no direito à saúde sexual e reprodutiva (PIOVESAN, 1998), motivo pela qual se apresenta mister a compreensão e coibição de atos violadores dos corpos, vontades e escolhas das mulheres, não só no exercício geral de suas feminilidades, mas, especialmente, no protagonismo que há na experiência da gestação e nascimento, de modo a se ter a plena garantia de seus direitos inerentemente humanos.

REFERÊNCIAS

⁶ O Radar ODS é uma iniciativa do CEE-FIOCRUZ que tem como função disseminar informações primárias e secundárias sobre em um observatório dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da agenda 2030.

AGUIAR, J. M. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 215 f. Tese de Doutorado em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo (USP): São Paulo, 2010.

ARRUDA, K G M; MONTAGNER, M I; MONTAGNER, M A. A Violência Obstétrica: o que nos contam alguns números da pesquisa da Rede Cegonha no Sistema Único de saúde – SUS. Cap 14 ; p. 297 – 312. Editora CRV: CURITIBA, 2017.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. Crescimento. Desenvol. Hum.*, São Paulo; v.10, n.2, p.313-323, 2009.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro; vol. 10, n.3, Jul-Set, p. 627- 637, 2005.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; et. al. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo; vol.25, n.3, p. 377-284, 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Pesquisa de opinião pública. Agosto, 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

GOMES, A. M. A. Da Violência institucional à rede materna e infantil: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. *In Cadernos Humaniza SUS: Volume 4 - Humanização do parto e nascimento*. p. 133-154. Ministério da Saúde: Brasília/DF, 2014.

GRUPO CERES. Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981.

HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Trad. Carlos Roberto Diogo Garcia; Antonio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux e IDMID, 2009.

LOTHIAN, J. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal Obstetric Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 3, n.2, p. 295-303, Mar-Abril, 2006.

MANENTE, R. R. *Os Direitos Humanos como Processo de Lutas*, 2010. Disponível em: <http://virtual.cesusc.edu.br/portal/externo/direito/wp-content/uploads/2010/05/Os-direitos-humanos-como-processos-de-lutas-_ruben-rockenbach_.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.40, jan-mar, 2012.

MCCALLUM, C. REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.22, n.7, p.1483-1491, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra, 2014.

PIOVESAN, F. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 2ª ed. São Paulo: Max Limonad, 1998.

PIOVESAN, F. *Os Direitos Reprodutivos Como Direitos Humanos*. In: Buglione S, organizadora. *Reprodução e Sexualidade: Uma questão de justiça*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor e Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, 2002.

PORTARIA Nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. *Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

QUEIROGA, J. S.; SILVA, R. V. *A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO: UMA REALIDADE BRASILEIRA*. Disponível em: <<https://seminario2015.ccsa.ufrn.br/assets//upload/papers/63a4a80ad776e805d29c2baa1c10ccc2.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2018.

SANTOS, V. S. C. *Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir*. 237 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Florianópolis (SC): Cidade Futura, 2000.

SOCIEDADE BÍBLICA DO BRASIL. *Bíblia de Estudo de Genebra*. 2ª ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2009.

VENEZUELA. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas: UNFPA, 2007. Disponível em <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. Geneva, 1996.

ZANARDO, G. L. P; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R; et. al. *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA*. *Psicologia&Sociedade*, Porto Alegre; v. 29, 2017.