



## A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DA ANÁLISE COMPORTAMENTAL DO DIREITO

### OBSTETRIC VIOLENCE FROM THE PERSPECTIVE OF THE BEHAVIORAL ANALYSIS OF LAW

<i>Recebido em:</i>	03/11/2019
<i>Aprovado em:</i>	05/02/2020

**Bruna Menezes Gomes da Silva** <sup>1</sup>

**Julio Cesar de Aguiar** <sup>2</sup>

#### RESUMO

O artigo propõe uma análise da violência sofrida pela mulher no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva da teoria analítico comportamental do direito, que concebe o sistema jurídico como composto por contingências sociais. O trabalho apresenta, assim, os elementos que circundam o comportamento violento dos profissionais de saúde, como o contexto, motivações e reforços que ensejam a continuidade do padrão comportamental que impõe à mulher intervenções contrárias a sua vontade e a diretrizes nacionais e internacionais

<sup>1</sup> Mestranda pela Universidade Católica de Brasília. Procuradora da República. E-mail: bmgds.bruna@gmail.com.

<sup>2</sup> Professor da graduação e do mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília (Brasília-DF, Brasil). PhD in Law pela University of Aberdeen, UK. Doutor em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: juliocesar.deaguiar@gmail.com.



relacionadas à boa assistência à parturição. Expõe-se, por fim, à luz dos preceitos do marco teórico da pesquisa, uma avaliação da efetividade das políticas públicas promovidas em prol da humanização do parto no Brasil. Dados extraídos de representações protocoladas no Ministério Público Federal no Amazonas e de revisão bibliográfica ilustram a análise proposta.

**Palavras-chaves:** violência obstétrica; análise comportamental do direito; violência de gênero; relações de poder; políticas públicas; estado do Amazonas.

#### ABSTRACT

The article proposes an analysis of the violence suffered by women in the pregnancy-puerperal cycle from the perspective of the behavioral-analytic theory of law, which conceives the legal system as comprised of social contingencies. Thus, the paper presents the elements that surround the violent behavior of health professionals, such as the context, motivations and reinforcements that lead to the continuity of the behavioral pattern that imposes on women interventions contrary to their will and to national and international guidelines related to a proper childbirth assistance. Finally, using the precepts of the theoretical framework of the research, an evaluation of the effectiveness of public policies promoted for the humanization of childbirth in Brazil is presented. Data extracted from representations filed at the Federal Public Prosecution Service in State of Amazonas and literature review illustrate the proposed analysis.

**Keywords:** obstetric violence; behavioral analysis of law; gender violence; power relations; public policy; State of Amazonas.

## 1. Introdução



Cotidianamente, mulheres em estado gravídico ou puerperal são vítimas de violência física e psicológica em serviços de saúde da rede pública e privada brasileira. Embora exista no país, há aproximadamente duas décadas, considerável regulamentação relacionada à humanização da assistência ao parto, os registros desta modalidade de violação dos direitos da mulher são crescentes e colocam sob questionamento a suficiência do modelo adotado.

O substrato das normas jurídicas condensadas nos regulamentos expedidos pelo Ministério da Saúde reproduz diretrizes e recomendações da Organização Mundial de Saúde para a boa atenção à saúde da mulher em fase gestacional e puerperal. Entretanto, o persistente desrespeito às orientações e o comportamento violador de direitos por parte de profissionais da saúde impõem uma análise quanto à eficácia e efetividade dos regramentos à luz do resultado social que deveria por eles ser alcançado.

Nessa linha, a partir da análise comportamental do direito, no presente artigo serão apresentadas algumas variáveis que culminam no comportamento violento contra a mulher no sistema de saúde e serão apreciados motivos pelos quais as consequências quanto a ele hoje incidentes não são suficientes para obstar a reprodução de práticas que negam a dignidade das mulheres, submetendo-as muitas vezes a sequelas e risco de morte.

Para isso, de início será exposto sucintamente o modelo analítico-comportamental que servirá de base para o presente estudo. Após, serão apresentados o histórico do modelo de assistência ao parto incorporado pelo Brasil, delineando-se o contexto, a motivação e as consequências que promovem a manutenção do padrão comportamental associado à violência obstétrica. Por fim, serão expostos possíveis elementos de fomento à construção de políticas públicas que efetivamente resguardem os interesses e direitos das mulheres no enfrentamento à violência descrita.

## **2. A análise comportamental do direito**

A teoria analítico-comportamental do direito inspira-se no behaviorismo radical de Skinner e define o sistema jurídico como um sistema social funcionalmente especializado,



que apresenta normas como redes de padrões comportamentais complexos, compostos por preceitos normativos (contingências jurídicas), metas sociais e premissas comportamentais relevantes<sup>3</sup>.

Sob esta perspectiva, o direito é reconhecido como um sistema de contingências capaz de induzir comportamentos socialmente desejáveis e não apenas reprimir práticas antijurídicas<sup>4</sup>. Com isso, uma nova relação entre direito e fatos é proposta e as consequências sociais provocadas pelos padrões comportamentais assumem substancial relevância para a ciência jurídica, que passa a ser vista como uma ciência do comportamento humano aplicada<sup>5</sup>.

Para apresentar o direito enquanto sistema de contingências sociais, a análise comportamental adota um modelo explicativo do comportamento humano que pode ser apreciado a partir de quatro variáveis: padrão comportamental operante, contexto, estado motivacional e consequências<sup>6</sup>.

Segundo a teoria, o padrão comportamental operante é a única variável dependente no modelo explicativo invocado. Sua configuração demanda uma relação funcional entre o comportamento, assimilado individualmente pela via ontogenética, e o ambiente circundante. A permanência ou não do comportamento no repertório de um indivíduo determina-se a partir das variáveis independentes elencadas, ou seja, pelo contexto, estado motivacional e consequências relacionadas a um determinado comportamento.

<sup>3</sup> AGUIAR, Julio Cesar. Análise comportamental do direito: uma abordagem do direito como ciência do comportamento humano aplicada. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC*, v. 34-2, jul./dez. 2014.

<sup>4</sup> AGUIAR, Julio Cesar. O direito como sistema de contingências sociais. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás*, vol. 37, n. 2, 2013, p. 164-196.

<sup>5</sup> AGUIAR, Julio Cesar. Análise comportamental do direito: uma abordagem do direito como ciência do comportamento humano aplicada. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC*, v. 34-2, jul./dez. 2014.

<sup>6</sup> AGUIAR, Julio Cesar de e TABAK, Benjamin Miranda. Análise comportamental do direito: ideias básicas. In: TABAK, Benjamin Miranda & AGUIAR, Julio Cesar de. *Direito, Economia e Comportamento Humano*. Curitiba; CRV, 2016.



O contexto sinaliza para o indivíduo a probabilidade de reforço ou punição seguir-se à emissão de um dado padrão de comportamento. Por seu turno, o estado motivacional interfere momentaneamente no reforço ligado a uma consequência determinada, tornando mais prováveis comportamentos que, no passado, foram seguidos por aquela consequência. Por fim, as consequências determinam a probabilidade de ocorrência de um padrão comportamental operante no repertório de um dado indivíduo, sendo subdivididas em reforços ou punições<sup>7</sup>.

A partir da identificação dos fatores responsáveis pela permanência ou modificação de comportamentos, possível vislumbrar que as regras são padrões comportamentais verbais cuja probabilidade de ocorrência depende de seu sucesso na alteração da frequência de determinado padrão comportamental sobre o qual se deseja intervir<sup>8</sup>.

A função dissuasório direito plasma-se à medida em que a ameaça de sanção ou a promessa de recompensa extraídas como consequências das regras jurídicas atuam como fatores que influenciam os indivíduos a se comportarem de acordo com o padrão socialmente desejável<sup>9</sup>.

A mudança na compreensão do direito para seu reconhecimento como um sistema de contingências, somada à compreensão da exata função da norma jurídica neste cenário, permite uma avaliação mais profícua quanto aos requisitos para a construção de normas e políticas públicas eficazes e efetivas, a bem do interesse coletivo.

<sup>7</sup> AGUIAR, Julio Cesar de e TABAK, Benjamin Miranda. Análise comportamental do direito: ideias básicas. In: TABAK, Benjamin Miranda & AGUIAR, Julio Cesar de. *Direito, Economia e Comportamento Humano*. Curitiba: CRV, 2016.

<sup>8</sup> AGUIAR, Julio Cesar. *Teoria analítico-comportamental do direito: para uma abordagem científica do direito como sistema social funcionalmente especializado*. 1. ed. Porto Alegre: Nuria Fabris, 2017.

<sup>9</sup> AGUIAR, Julio Cesar e HABER, Melina Tostes. Controle jurídico das políticas públicas: uma análise a partir dos conceitos de eficácia, efetividade e eficiência. *Revista de Direito Administrativo & Constitucional*. Belo Horizonte, ano 17, n. 70, p. 257-280, out./dez. 2017.



Nem sempre a sanção é o mecanismo mais eficaz para se chegar ao padrão comportamental buscado pela norma. Em verdade, o reforço positivo adequadamente aplicado pode produzir melhores resultados, com menor custo social<sup>10</sup>.

Nas próximas seções, a teoria analítico-comportamental do direito suscintamente apresentada servirá como espeque para a apreciação da efetividade dos regulamentos e normas que buscam a humanização do parto no Brasil. A partir da identificação do cerne do comportamento violento de profissionais que atendem a parturientes na rede de saúde brasileira, será apreciada a forma pela qual as políticas públicas hoje vigentes se dedicam a modificar o padrão comportamental que viola a dignidade e os direitos da mulher.

### **3. A contextualização da violência obstétrica: um breve histórico do modelo de assistência ao parto incorporado pelo Brasil**

O termo 'violência obstétrica' comporta atos de violência física e moral praticados contra a mulher gestante, puérpera ou em situação de abortamento no sistema de saúde. Trata-se de conceito complexo, que representa não apenas violências crassas, mas também a violência evidenciada na negativa de acesso a informações, na falta de oitiva das necessidades da mulher ao longo da gestação, na imposição de procedimentos desnecessários e na restrição de acesso a procedimentos mais benéficos e confortáveis para a mulher, tudo conforme evidências científicas vigentes<sup>11</sup>.

Para a contextualização do padrão comportamental estudado, necessário ponderar que o nascimento, embora seja um ato fisiológico e, portanto, universal, é também um evento

---

<sup>10</sup> BAUM, William. *Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

<sup>11</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento & Desenvolvimento Humano*. São Paulo, 2009; v. 19 (2), p.313-326.



produzido culturalmente<sup>12</sup>. Com isso, oportuno considerar que a assistência ao parto no Brasil foi construída à luz de crenças que, por séculos, relacionaram o sofrimento da mulher na parturição a uma penalização pela prática do pecado original e, posteriormente, associaram a gravidez a um fenômeno patológico e cirúrgico, sobre o qual apenas o médico obstetra saberia e poderia intervir com manejo de instrumental próprio<sup>13</sup>.

Ao longo do século XX, a despeito de sua legitimidade cultural, as parteiras tradicionais foram desqualificadas, constrangidas e banidas da assistência à saúde, o que ensejou a perda de um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e produtos. Quando permitido permanecerem em atendimento nas maternidades, as parteiras eram compelidas a seguir os saberes médicos e tinham seus conhecimentos qualificados como atécnicos<sup>14</sup>. Ao mesmo tempo, o médico obstetra assumiu, no imaginário social, o lugar do cientista habilidoso, homem culto, piedoso e protetor<sup>15</sup>, único capaz de superar os perigos e incertezas do corpo da mulher.

Em 1949, as escolas de enfermagem passaram a formar enfermeiras obstétricas e mais um personagem foi incorporado na disputa por espaço na assistência ao parto. Não foi alterada, contudo, a forte crença na dependência do saber médico para o sucesso do parto, a

---

<sup>12</sup> HOTIMSK, Sonia Nussensweig. *Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da associação comunitária Monte Azul: uma visão antropológica*. Tese (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

<sup>13</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico social*. Tese (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

<sup>14</sup> TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil*. Tese (Programa de Pós-graduação em antropologia social – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

<sup>15</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico social*. Tese (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.



qual, cultivada pelo modelo tecnocrático e hospitalocêntrico desenvolvido, serviu de fomento às relações de poder que permeiam ainda hoje o cotidiano das maternidades brasileiras<sup>16</sup>.

Segundo Emerson, o poder em uma relação social é proporcional ao grau de dependência das pessoas nela envolvidas<sup>17</sup> Ou seja, quanto maior a dependência do indivíduo 'A' para com o indivíduo 'B', maior o poder do primeiro sobre o segundo. No caso da assistência ao parto, foi disseminada a convicção de que, sem a intervenção do profissional médico, a mulher e a criança por ela gestada estariam sob inquestionável risco de vida. O acompanhamento realizado pela parteira ou pela enfermeira, nestas circunstâncias, não seriam suficientes para garantir o nascimento.

A partir desta ideia, além do cuidado clínico, longos debates e experimentos relacionados à operação cesariana, às questões de higiene e alimentação, à sexualidade, às manobras do parto, ao uso de substâncias terapêuticas e às posições do parto transformaram-se em assuntos de domínio médico, separado da vida familiar e comunitária<sup>18</sup>. A submissão das gestantes a sucessivas intervenções ganhou contornos de modernidade e os antigos conselhos médicos passaram a figurar como verdadeiras ordens sobre os corpos das mulheres<sup>19</sup>, a despeito do alto número de mortes maternas e infantis por eles desencadeados<sup>20</sup>.

<sup>16</sup> RIESCO, Maria Luiza Gonzalez e TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades. *Revista Estudos Feministas*, nº 02 (2002), 449-459.

<sup>17</sup> EMERSON, Richards. Power-dependence relations. *American Sociological Review*, v. 29, nº 01 (Fev., 1962), 31-41.

<sup>18</sup> MAIA, Mônica Bara. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

<sup>19</sup> TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil*. Tese (Programa de Pós-graduação em antropologia social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

<sup>20</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. São Paulo, 19(2):313-326, 2009.



O novo paradigma de atendimento à saúde da mulher, longe de lhe garantir a saúde, aumentou o risco à sua vida e afetou-lhe a autonomia e dignidade. A partir desta compreensão, concomitantemente ao avanço do feminismo, um movimento internacional voltado à priorização da tecnologia apropriada, à qualidade da interação entre profissionais e pacientes e à desincorporação de tecnologias danosas inicia-se já na década de 1950, nos Estados Unidos da América<sup>21</sup>.

Ao longo da década de 1980, intensificam-se os estudos voltados à revisão técnica dos procedimentos a que eram submetidas as parturientes e abortantes no sistema de saúde. Em 1985, conferência da qual fizeram parte escritórios da Organização Mundial de Saúde debruçou-se sobre o estudo de tecnologias apropriada no parto e teve como resultado a Carta de Fortaleza, documento que recomenda, dentre outras coisas, a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto<sup>22</sup>, em um movimento voltado ao resgate do protagonismo da mulher no momento do parto.

A colaboração ganhou, ao longo dos anos, centenas de integrantes e foi responsável por diversos estudos nos quais constavam práticas de assistência perinatal classificadas quanto à efetividade e segurança, o que embasou a formulação das Recomendações da Organização Mundial de Saúde, publicadas em 1996<sup>23</sup> e revisitadas em publicação do ano de 2018<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

<sup>22</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, 8452 (ii): 436-437, 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>.

<sup>23</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Care in normal birth: a practical guide*. 1996.

<sup>24</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018.



Pela nova visão do parto, o corpo feminino é reconhecido como apto a dar à luz sem intervenções significativas, em regra, e o nascimento é redescrito como processo fisiológico necessário à transição para a vida extrauterina. À mulher, é dado o direito de ter seus familiares próximos e de participar da parturição, o que por muito tempo lhe foi negado<sup>25</sup>.

No ano 2000, o Ministério da Saúde incorporou as diretrizes da Organização Mundial de Saúde ao Sistema único de Saúde brasileiro por meio da publicação *Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático*, enviada a todos os ginecologistas-obstetras e enfermeiros obstétricos do país<sup>26</sup>.

Não obstante tenha elaborado outros documentos também afetos à humanização do parto<sup>27</sup>, o Ministério da Saúde não logrou superar a relação vertical entre profissionais e pacientes no ciclo gravídico-puerperal no Brasil, o que ocorre em prejuízo da dignidade e dos direitos mais básicos das mulheres.

#### **4. A análise comportamental do direito aplicada**

Se o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde é visto como um meio de controle sobre os corpos humanos<sup>28</sup>, no que se refere ao acompanhamento da evolução da gestação, parto e puerpério, a questão ganha tónus ainda mais complexo.

O poder que se busca exercer na assistência ao parto, ao negar a individualização e autonomia da mulher, reafirma padrão que subestima sua participação em sociedade e nega sua autonomia. Não por outro motivo, os estudos revisionistas que culminaram na publicação de diretrizes contrárias à excessiva intervenção profissional sobre os corpos das mulheres

---

<sup>25</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

<sup>26</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

<sup>27</sup> Por outros, Portaria GM nº 1.153, de 22 de maio de 2014 e Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento (2014).

<sup>28</sup> FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2007.



no ciclo gravídico-puerperal ocorreram de forma concomitante com o avanço do feminismo<sup>29</sup>.

À luz da análise comportamental do direito, a promoção de contingências sociais pelo direito demanda a avaliação dos reforços positivos ou aversivos incidentes sobre um determinado padrão de comportamento, considerados o contexto e a motivação dos atos sobre os quais se deseja intervir<sup>30</sup>.

Os apontamentos até aqui deduzidos nos permitem conceber o contexto em que ocorre a violência obstétrica, qual seja o do ambiente hospitalar, incluídos o ambulatório e o centro cirúrgico, o qual sinaliza para a mulher em estado gravídico-puerperal que apenas os comportamentos de submissão ao poder dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, serão recompensados, dada a motivação aversiva representada pela possibilidade, constantemente aventada, de intercorrências prejudiciais a ela ou ao nascituro. Por sua vez, o mesmo contexto sinaliza ao médico que comportamentos como a utilização de manobras cientificamente reconhecidas como danosas à saúde da mulher<sup>31</sup> e a utilização de cortes, massagens e medicações sem seu conhecimento ou consentimento serão reforçados pela obediência da paciente, compondo assim um ciclo no qual médico e paciente reforçam reciprocamente os respectivos comportamentos de forma recorrente, perpetuando um estado de coisas extremamente prejudicial à mulher.

<sup>29</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

<sup>30</sup> AGUIAR, Julio Cesar. O direito como sistema de contingências sociais. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás*, vol. 37, n. 2, 2013, p. 164-196.

<sup>31</sup> Seria o caso da manobra de Kristeller, procedimento em que o profissional se coloca sobre a mulher ou determina a terceiros a realização de pressão sobre sua barriga para que o feto seja empurrado pelo canal vaginal para agilizar sua saída, prática não recomendada pela OMS (recomendação 40). Fontes: SOUSA, Valéria. *Violência obstétrica: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento*. São Paulo, Artemis, 2015 e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018.



A partir de tais identificações, possível deduzir que a busca pela humanização do parto demanda o reequilíbrio da relação entre pacientes e profissionais da saúde, com o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos reprodutivos, capaz de se autodeterminar e participar ativamente das escolhas sobre seu corpo. Trata-se, portanto, de uma questão de gênero<sup>32</sup>, que sob tal perspectiva deve ser tratada.

Quando se fala em perspectiva de gênero como referência para a construção de políticas públicas, não se busca apenas o beneficiamento direto de determinado grupo. Almeja-se, na verdade, garantir que os programas governamentais contribuam para a desconstrução do padrão de comportamento que se busca enfrentar em prol da igualdade<sup>33</sup>.

Assim, aplicando-se a teoria comportamental à espécie, necessário verificar se as medidas adotadas para a humanização do parto no Brasil preveem reforços afinados e suficientes para o reequilíbrio das relações entre pacientes e profissionais sob a perspectiva de gênero.

Desde o ano 2000, o Brasil, seguindo as Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>34</sup>, incorporou em seu ordenamento jurídico regramentos relacionados à humanização da assistência à saúde, alguns especificamente direcionados ao acompanhamento do parto e nascimento. A partir dos documentos, o Ministério da Saúde promoveu mudanças estruturais na rede de assistência e investiu na implementação de boas práticas no atendimento, com a recuperação do conhecimento tradicional de parteiras e promoção de capacitação profissional<sup>35</sup>.

<sup>32</sup> MARIANI, Adriana Cristina e NETO, José Osório do Nascimento. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cadernos da Escola de Direito* (UNIBRASIL), Curitiba-PR | vol 2, nº 25, jul/dez 2016, p. 48-60.

<sup>33</sup> FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril/2004 (47/61).

<sup>34</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Care in normal birth: a practical guide*. 1996.

<sup>35</sup> Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Autor, 2003. *Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: Autor, 2014. *Portaria GM nº 569, de 01 de junho de 2000*. Institui o Programa de



Por seu turno, a comissão responsável pela incorporação de tecnologia no Sistema Único de Saúde, conforme legislação em vigor<sup>36</sup>, definiu diretrizes para a adequada assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, indicando, à luz de evidências científicas e em conformidade com a Organização Mundial de Saúde<sup>37</sup>, as técnicas que devem nortear o trabalho dos profissionais de saúde no ofício do partejar<sup>38</sup>.

Ao considerarem a regulamentação do Ministério da Saúde como mera diretriz de atuação, os profissionais expõem que exercem poder não apenas sobre as mulheres, mas também sobre o Estado. A dependência, neste caso, relaciona-se a fatores históricos e à importância dos profissionais para a continuidade da prestação de serviços essenciais de saúde para a população.

Considerando-se que o Estado possui o controle da formação profissional e da coordenação de todo o sistema de saúde<sup>39</sup>, sendo o maior contratante de profissionais da medicina e enfermagem do país, possível afirmar que se trata de uma dependência ficta, porém convalidada pela ausência de respostas efetivas pelo poder público em prol da garantia do cumprimento do protocolo por ele definido como adequado para o *atendimento* à mulher.

Embora não seja a causa da violência obstétrica – a qual, como dito, tem origem na relação assimétrica (poder/dependência) entre médico e mulher em estado gravídico-puerperal –, a omissão do Estado na recharacterização do papel dos profissionais no ambiente hospitalar e na aplicação de penalidades em razão do descumprimento de suas normativas contribui decisivamente para a perpetuação desse estado de coisas, na medida em que

---

Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Diário Oficial da União. Brasília, 2014, nº 110-E, Seção I, p. 04. *Portaria GM nº 11, de 07 de janeiro de 2015.*

<sup>36</sup> Art. 19-Q da Lei 8080/90.

<sup>37</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Care in normal birth: a practical guide.* 1996.

<sup>38</sup> Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.* Brasília, DF: Autor, 2015.

<sup>39</sup> Conforme art. 197 da Constituição da República.



permite que a prática da violência obstétrica ocorra sem prejuízos, inclusive financeiros, aos médicos. É dizer: cada vez que paciente e médico observam a omissão do Estado em reprimir a violência obstétrica, maior a percepção de ambos de que o comportamento violento e o descumprimento das políticas públicas de humanização do parto são a norma, tornando mais e mais provável a continuidade da relação assimétrica entre médico e mulher em estado gravídico-puerperal.

Embora iniciativas como a Rede Cegonha<sup>40</sup> tenham contribuído para a melhoria dos indicadores relacionados à utilização de boas práticas na assistência ao parto<sup>41</sup>, relatos de violência obstétrica recebidos pelo Ministério Público Federal no Amazonas<sup>42</sup> expõem que as medidas implementadas no sistema de saúde brasileiro não foram suficientes para o reequilíbrio da relação entre pacientes e profissionais.

Corroborando que a construção histórica de subjugação da mulher no sistema de saúde permanece atual, a todo instante as denúncias apontam que, ao longo do acompanhamento do parto, os profissionais imputam às mulheres culpa pelo sexo, pela dor, pela fisiologia e por eventuais agravamentos em suas condições clínicas.

O exercício do poder sobre o corpo da mulher é tamanho, que em metade dos casos sob acompanhamento do Ministério Público Federal no Amazonas, possível identificar que intervenções profissionais sobre os corpos das parturientes, como toques, cortes e massagens no períneo ou a aplicação de medicamentos, ocorreram sem seu consentimento ou sem a oferta de esclarecimentos por parte dos profissionais. Em alguns casos, alunos

---

<sup>40</sup> Ministério da Saúde (BR). *Portaria GM/MS no 1459, de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

<sup>41</sup> LEAL, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, e00223018, 2019.

<sup>42</sup> As denúncias deram azo à instauração de procedimentos administrativos para o enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas, consultáveis por meio do endereço eletrônico: <http://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/portal?servidor=portal-pp>



acompanharam os procedimentos e as mulheres foram utilizadas como verdadeiros objetos de estudo, inanimados e desprovidos de vontade.

A estrutura hospitalar, nos moldes atuais, já sinaliza que a assistência ao parto é um procedimento hierarquizado, ao qual a parturiente adere e se submete para lograr êxito na tarefa de conceber seus descendentes. De acordo com os anos de especialização e com o histórico da assistência à parturição, é estabelecida uma hierarquia na cena do parto: o médico obstetra assume autoridade maior sobre todo o procedimento e a mulher uma posição de submissão. Entre ambos, profissionais com diferentes graus de poder, de acordo com a intensidade da dependência da mulher ao serviço prestado.

Não por outro motivo, em mais da metade das denúncias avaliadas, os profissionais desconsideraram as queixas e os sintomas indicados pela parturiente. Em aproximadamente 56% dos casos, destes atendimentos resultaram sequelas graves, de depressão ao óbito da parturiente ou do neonato.

A mulher, neste contexto, aceita assumir papel secundário no parto e, em situação de vulnerabilidade por sua condição física e psicológica, sofre todo o determinado pelos profissionais que a assistem, com medo de represálias ou prejuízos em sua parturição. Tal medo não é desarrazoado: a desobediência aos profissionais, em alguns casos, é passível de gerar consequências sobremaneira danosas.

No Amazonas, profissionais ameaçaram ou submeteram mulheres a punições por comportamentos considerados inoportunos ou inadequados, como gravidez sob o acometimento de enfermidade física, reclamação ou negativa quanto a procedimento indesejado, ainda que contrário a evidências científicas, ou gritos em razão da dor, por exemplo.

O desequilíbrio na relação entre profissionais e pacientes mostra-se ainda maior quando a mulher assistida pertence a categorias estigmatizadas em nossa sociedade, o que pode ser potencializado por questões transversais como cor, classe social, idade e parceria



sexual, consubstanciando o que Mattar e Diniz denominam maternidade subalterna em uma pirâmide hierárquica de reprodução<sup>43</sup>. Tal fenômeno foi observado no Amazonas com relação à classe social, idade, origem étnica, deficiência mental, dependência química e histórico criminal da parturiente.

Do exposto, possível extrair que os comportamentos de submissão às práticas abusivas descritas acima, motivados pela dependência e vulnerabilidade da mulher em estado gravídico-puerperal, são reforços positivos para a prática da violência obstétrica pelos profissionais que a atendem. Quanto maior a vulnerabilidade, maior a incidência de intervenções excessivas e sem consentimentos.

Aplicando-se os ensinamentos da teoria comportamental do direito, tem-se que o reequilíbrio das relações estabelecidas entre pacientes e profissionais demanda o investimento em regras que reduzam a dependência da mulher e o consequente poder do profissional sobre seu corpo. Nessa linha, essencial a adoção de mecanismos voltados ao acesso a informações e ao apoio de pacientes para a redução de vulnerabilidades.

A Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005), que prevê como direito da mulher o acompanhamento por pessoa de sua livre escolha durante todo o trabalho de parto e puerpério imediato, foi um importante avanço na tentativa de apoio e fortalecimento da parturiente. Contudo, ao arrepio da lei e do preconizado pela Organização Mundial de Saúde<sup>44</sup>, a 15% das mulheres atendidas no setor público é negado este direito<sup>45</sup>.

A previsão legal de acompanhante para a mulher busca reduzir a vulnerabilidade reforçadora da violência na assistência ao parto, mas não logrou integral suficiência para o

---

<sup>43</sup> MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Revista Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.

<sup>44</sup> Recomendação nº 3 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018.

<sup>45</sup> LEAL, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, e00223018, 2019.



cumprimento de tal finalidade à medida que as vítimas da transgressão da norma mantêm o medo de retaliações em caso de questionamento do descumprimento do direito, desconhecem o teor da norma a ponto de questioná-la ou não sabem a quem recorrer ante a insistência na violação<sup>46</sup>.

Nas representações recebidas no Ministério Público Federal do Amazonas, verifica-se que em apenas 29% dos casos reporta-se o descumprimento da Lei do Acompanhante. Em casos graves, como os relacionados à utilização de ameaças ou punições contra as parturientes e à imposição de intervenções à mulher sem seu conhecimento ou consentimento, notável que a ausência de pessoa da família ao longo da assistência não ultrapassa os 22% do volume total de ocorrências.

Nessa linha, é razoável dizer que a previsão legal do direito a acompanhante não é condição suficiente para a superação da vulnerabilidade da mulher, motivadora do comportamento de aceitação das práticas médicas abusivas, o qual reforça positivamente a violência obstétrica que se busca enfrentar. A vulnerabilidade da parturiente, portanto, não foi vencida pela norma.

É possível pensar no acesso a informações como um instrumento capaz de empoderar a mulher, à medida que viabiliza o conhecimento sobre evidências científicas e a ponderação da mulher e familiares sobre as possíveis consequências de intervenções e das negativas de submissão a procedimentos invasivos.

Ocorre que o pré-natal, um dos principais e mais abalizados meios para acesso a informações no período gestacional<sup>47</sup>, ainda não é ofertado à integralidade da população que

---

<sup>46</sup> RODRIGUES, Diego Pereira et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enfermagem*. Santa Catarina, 2017; 26(3):e5570015.

<sup>47</sup> TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-12.



dele necessita<sup>48</sup>. Mesmo quando ofertado, cerca de 60% das mulheres negam terem recebido orientações sobre práticas benéficas para o parto<sup>49</sup>. A deficiente prestação do serviço, contudo, não o deslegitima como um meio capaz de permitir a obtenção de informes sobre formas de garantia de seus direitos, o que efetivamente pode contribuir para a redução da vulnerabilidade da mulher.

Um dos instrumentos para a redução da submissão da paciente reforçadora da violência é o plano de parto, cuja construção é recomendada pela Organização Mundial de Saúde<sup>50</sup> e que antecipa para o momento gravídico pré-parto a reflexão da mulher sobre suas preferências, que poderão ser registradas para conhecimento dos profissionais encarregados do partear<sup>51</sup>.

Não se pode olvidar, entretanto, que o acesso ao plano de parto demanda a realização do pré-natal e que as informações constantes no documento não são garantidoras de autodeterminação em um contexto em que são negados às mulheres voz e manifestação quanto a seus corpos. Para isso, é crucial que o Estado preveja e municie apoios institucionais para mulheres e familiares no sistema de saúde, fomentando o equilíbrio na relação entre mulheres e profissionais responsáveis pela assistência ao parto.

As ouvidorias das maternidades, que poderiam servir como pontos de apoio para as mulheres vítimas de violações, foram citadas nos relatos de aproximadamente 10% das parturientes vitimadas no Amazonas, nenhuma delas indicando sucesso na busca por auxílio.

---

<sup>48</sup> No capital do Amazonas, a atenção primária atende menos de 70% da população. Fonte: DATASUS - <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&id=30504970&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2015/cnv/coapcir>.

<sup>49</sup> TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-12.

<sup>50</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Care in normal birth: a practical guide*. 1996.

<sup>51</sup> TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-12.



O exposto sugere que o instituto não é meio efetivo para a garantia dos direitos dos usuários do sistema de saúde<sup>52</sup>.

Nas instituições de saúde, a violência obstétrica não dá ensejo a procedimentos apuratórios ou à penalização de profissionais violadores dos direitos da mulher mesmo quando devidamente representadas agressões físicas, verbais, procedimentos sem consentimento e imposições desconformes à medicina baseada em evidências, como se extrai das investigações em curso no Amazonas.

Por sua vez, os conselhos profissionais não apresentam respostas efetivas às provocações que lhes são direcionadas. Nas 20 representações já apreciadas pelo Conselho Regional de Medicina do Amazonas e acompanhadas pelo Ministério Público Federal, considerou-se inexistente qualquer tipo de violação ao Código de Ética Médica e promoveu-se o arquivamento. Considerando-se que intervenções sobre atuações individuais podem auxiliar na equalização das relações sociais hoje desequilibradas, em prejuízo do exercício do poder inerente à categoria médica, os julgamentos pelos pares podem macular a imparcialidade na análise correccional proposta.

O sistema de justiça também enfrenta dificuldades na análise do tema e na compreensão de que existem protocolos técnicos responsáveis pela definição de normas de ordem pública que norteiam a atuação profissional na prestação de serviços à saúde da mulher no Brasil.

Embora a atenção ao parto seja do domínio de profissionais especializados em saberes científicos próprios, é possível aos que atuam perante o Judiciário a avaliação do cumprimento objetivo das normas e diretrizes de atuação profissional conforme o ordenamento jurídico brasileiro. Em muitos casos, a subsunção dos fatos às normas vigentes

---

<sup>52</sup> Ministério da Saúde. *Carta de serviços ao usuário* (2018). Disponível em <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/04/CARTA-DE-SERVI--OS-AO-USU--RIO.pdf>.



é uma análise jurídica pura, que prescinde da realização de perícia técnica levada a cabo pelos pares do violador.

A título exemplificativo, é fácil deduzir das diretrizes da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS<sup>53</sup> que procedimentos de utilização não recomendada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde são intervenções que, à luz de evidências científicas, possuem alto potencial de danos ao neonato e à parturiente. Da mesma forma, prescinde de perícia técnica a verificação da ilicitude de agressões verbais e físicas praticadas contra a mulher no estado gravídico-puerperal.

O realinhamento das relações entre parturientes e profissionais da saúde demanda redução da dependência das pacientes e do poder exercido por terceiros sobre seus corpos. A possibilidade de uma avaliação objetiva e imparcial pelo Judiciário com relação ao cumprimento de protocolos técnicos do Ministério da Saúde representa um controle externo legítimo e capaz de afastar uma imunidade que excepciona, sem qualquer respaldo legal, a aplicação das normas jurídicas vigentes a ilícitos praticados em unidades de saúde.

A omissão estatal na apreciação de casos de violência contra a mulher em estado gravídico ou puerperal já foi reconhecida pelo Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, no ano de 2011, e ocasionou a condenação do Brasil no Caso Alyne Pimentel<sup>54</sup>.

Malgrado após a condenação o país tenha implementado novas medidas para a melhoria da assistência à saúde da mulher, é persistente a banalização do comportamento violador das normas que regem o sistema de saúde e as universidades, que devem se prestar à formação e capacitação profissional, seguem reproduzindo conceitos e práticas em desconformidade com os direitos e dignidade da mulher.

---

<sup>53</sup> Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*. Brasília, DF: Autor, 2015.

<sup>54</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Comitê para a eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. *Comunicado No. 17/2008* de 10 de agosto de 2011.



Além da insuficiente capacitação e atualização profissional para o acompanhamento do parto por parte dos profissionais, possível verificar que muitos encarregados da prestação de apoio e cuidados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal apresentam deficientes capacidades empáticas<sup>55</sup>. Existe dificuldade de compreensão das necessidades das pacientes e das equipes, o que prejudica a percepção de sintomas e a boa assistência à saúde.

Na busca pela intervenção na formação profissional, em prol da humanização da assistência ao parto, o Projeto Ápice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia foi criado pelo Ministério da Saúde em parceria com instituições de ensino, com vistas à implementação de práticas conforme as evidências científicas vigentes<sup>56</sup>.

A despeito das diversas medidas de adequação estrutural e de formação profissional adotadas no Brasil, ainda não foi atingida a mudança de paradigmas no atendimento à mulher em estado gravídico e puerperal preconizada pela Organização Mundial de Saúde. A não observância à perspectiva de gênero na construção das políticas públicas voltadas à humanização do parto ensejou a insuficiente devoção do poder público ao reequilíbrio das relações entre mulheres e profissionais no sistema de saúde.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde com relação à boa prestação de assistência ao parto ressaltam, em várias oportunidades, a necessidade de interlocução constante dos profissionais com a parturiente e a necessidade de reconhecimento de seu posicionamento como protagonista do parto. Os esforços do poder público, portanto, devem se prestar ao empoderamento da parturiente e à redução de sua vulnerabilidade pelo acesso a informações e a pontos de apoio que garantam a observância de seus desígnios quanto a

---

<sup>55</sup> Com similar conclusão: OLIVEIRA, Virginia Junqueira e PENNA, Claudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 2017; 26(2):e06500015.

<sup>56</sup> Disponível em: <portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>.



seu próprio corpo. Empoderar, nesse caso, significa não apenas dar ouvidos como respeitar, adotando-as, as preferências da mulher em relação à condução da sua gravidez e do parto, reforçando assim positivamente a manifestação dessas preferências, seja no contexto doméstico, seja no hospitalar.

Embora os atos específicos de violência contra a parturiente ou puérpera sejam praticados por profissionais individualizados no sistema de saúde, ao não ofertar respostas suficientes para a superação das reiteradas violações aos direitos da mulher, seja no sentido de reforçar o comportamento autônomo da paciente, seja punindo os abusos dos médicos, o Estado brasileiro assume a condição de coautor da violência obstétrica, em especial quando conhecidas as razões pelas quais as políticas públicas por ele desenvolvidas são insuficientes. Respostas estatais ineficazes não podem ser consideradas soluções.

### **Conclusão**

A partir da análise comportamental do direito, o contexto, as motivações e o padrão de comportamento relacionados à prática de violência obstétrica no sistema de saúde assumem feições bastante claras, o que robustece a discussão quanto à eficácia dos mecanismos utilizados pelo Estado brasileiro em prol da superação das contingências que fomentam a manutenção da prática.

Não obstante o trabalho destinado à modificação de paradigmas na atenção à saúde da mulher não se encontre de todo estagnado no país, as mudanças necessárias para o reequilíbrio da relação de poder entre pacientes e profissionais ainda não foram obtidas. As políticas implementadas secundarizaram os efetivos reforços às práticas contrárias à humanização do parto e não lograram atacar o cerne do padrão comportamental que estrutura a violência.

A imposição de procedimentos desconectados da técnica internacionalmente consagrada, a negativa de protagonismo no parto, a ausência de oitiva de queixas e sintomas,



a submissão a agressões físicas e verbais durante a assistência são reflexos da história da assistência ao parto e se prestam à manutenção do exercício do poder sobre o corpo da mulher. O exercício de tal poder é alimentado não apenas pela vulnerabilidade física e psicológica inerente ao momento gravídico-puerperal vivido: ele é maximizado por fatores sociais e culturais, bem como pela omissão estatal, que ocorre sob múltiplos aspectos.

Principal reforço para a dependência da mulher e para as violências praticadas no ambiente hospitalar, a vulnerabilidade da mulher no momento gravídico deve subsidiar a construção de regras pelo Estado para a humanização do parto. Não lhe cumpre, nesta tarefa, a simples previsão legal de normas que modifiquem o ambiente hospitalar e prevejam meios de apoio para a mulher: é necessária a dedicação do poder público à efetivação dos regulamentos propostos à luz da perspectiva de gênero, garantindo não apenas acesso à informação, mas meios para a garantia de mecanismos de controle da atuação conforme ao preconizado na legislação.

O reequilíbrio da relação de assistência ao parto demanda o enfrentamento dos reforços positivos identificados e a criação de reforços aversivos idôneos para a garantia do respeito dos direitos e dignidade da mulher no sistema de saúde. Requer, portanto, investimento em prevenção e repressão alinhadas aos reforços identificados. Tais atividades possuem o potencial de contingenciar comportamentos, conforme a análise comportamental do direito.

### **Referências bibliográficas:**

AGUIAR, Julio Cesar de. Análise comportamental do direito: uma abordagem do direito como ciência do comportamento humano aplicada. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC*, v. 34-2, jul./dez. 2014.



\_\_\_\_\_. O direito como sistema de contingências sociais. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás*, vol. 37, n. 2, 2013, p. 164-196.

\_\_\_\_\_. *Teoria analítico-comportamental do direito: para uma abordagem científica do direito como sistema social funcionalmente especializado*. 1. ed. Porto Alegre: Nuria Fabris, 2017.

AGUIAR, Julio Cesar de e TABAK, Benjamin Miranda. Análise comportamental do direito: ideias básicas. In: TABAK, Benjamin Miranda & AGUIAR, Julio Cesar de. *Direito, Economia e Comportamento Humano*. Curitiba; CRV, 2016.

AGUIAR, Julio Cesar e HABER, Melina Tostes. Controle jurídico das políticas públicas: uma análise a partir dos conceitos de eficácia, efetividade e eficiência. *Revista de Direito Administrativo & Constitucional*. Belo Horizonte, ano 17, n. 70, p. 257-280, out./dez. 2017.

BAUM, William. *Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento & Desenvolvimento Humano*. São Paulo, 2009; v. 19 (2), p.313-326.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico social*. Tese (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.



DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

HOTIMSK, Sonia Nussensweig. *Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da associação comunitária Monte Azul: uma visão antropológica*. Tese (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil*. Tese (Programa de Pós-graduação em antropologia social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez e TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades. *Revista Estudos Feministas*, nº 02 (2002), 449-459.

EMERSON, Richards. Power-dependence relations. *American Sociological Review*, v. 29, nº 01 (Fev., 1962), 31-41.

MAIA, Mônica Bara. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Comitê para a eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. *Comunicado No. 17/2008* de 10 de agosto de 2011. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/temas-de->



[atuacao/saude/saude-materna/decisoes/decisao-cedaw-caso-alyne-teixeira-29jul11-portugues](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457). Acesso em 06 de maio de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Appropriate Technology for Birth*. The Lancet 8452 (ii): 436-437, 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>. Acesso em 06 de maio de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Care in normal birth: a practical guide*. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.153, de 22 de maio de 2014*. Redefine Critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Diário Oficial da União. Brasília, 2014, 28 de maio de 2014, Seção I, p. 43.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM nº 569, de 01 de junho de 2000*. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Diário Oficial da União. Brasília, 2014, nº 110-E, Seção I, p. 04. Portaria GM nº 11, de 07 de janeiro de 2015.

\_\_\_\_\_. *Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: Autor, 2014. Portaria GM nº 569, de 01 de junho de 2000.



\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS no 1459, de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*. Brasília, DF: Autor, 2015.

BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Autor, 2003.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

SOUSA, Valéria. *Violência obstétrica: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento*. São Paulo, Artemis, 2015.

MARIANI, Adriana Cristina e NETO, José Osório do Nascimento. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cadernos da Escola de Direito (UNIBRASIL)*, Curitiba-PR | vol 2, nº 25, jul/dez 2016, p. 48-60.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril/2004 (47/61).

LEAL, Maria do Carmo; BITTENCOURT, Sônia de Azevedo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; AYRES, Barbara Vasques da Silva; SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; LAMY, Zeni Carvalho; PEREIRA, Marcos Nakamura; TORRES, Jacqueline Alves; GAMA, Silvana Gramado Nogueira; DOMINGUES, Rosa Maria Soares



Nogueira; VILELA, Maria Esther de Albuquerque. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 35, n. 7, e00223018, 2019.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Revista Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enfermagem*, 2017; 26(3):e5570015.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Holana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-12.

OLIVEIRA, Virginia Junqueira e PENNA, Claudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 2017; 26(2):e06500015.