

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

LETÍCIA STEFANIE BRITO CAMPOS

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PROJETO DE LEI NO BRASIL:
ATRIZES E ATORES NO PARLAMENTO**

BRASÍLIA, 2022



Universidade de Brasília
Instituto de Ciência Política (IPOL)

Letícia Sthefanie Brito Campos

A violência obstétrica como projeto de lei: atrizes e atores no parlamento

Monografia apresentada como exigência à obtenção do grau de Bacharel em Ciência Política pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Rosamaria Giatti Carneiro.

Examinadora: Michelle Fernandez.

Brasília, 2022

RESUMO

Através de uma recuperação bibliográfica entre a Saúde Coletiva, Antropologia e a Ciência Política, buscou-se compreender as movimentações dentro da Câmara dos Deputados e do Senado Federal acerca do reconhecimento e medidas de prevenção sobre “violência obstétrica”. A pesquisa envolveu uma revisão bibliográfica dentro das três ciências citadas, bem como a busca por proposições legislativas e análises de audiência públicas nos respectivos sites das casas legislativas. Percebeu-se que a discussão sobre violência obstétrica compõe a discussão sobre violência de gênero e direitos sexuais e reprodutivos. Ainda, que as proposições legislativas pouco avançam demonstrando uma ausência de motivação por parte dos parlamentares para uma mobilização sobre o tema, apesar de constantes denúncias nas mídias sobre práticas violentas no parto. Mostra-se dessa maneira, que o avanço para discussões em termos legislativos, envolvem vontades políticas, pautas e crenças dos parlamentares sejam conservadores ou progressistas.

Palavras-chaves: violência obstétrica; direitos sexuais e reprodutivos; projeto de lei; poder legislativo e violência de gênero.

Sumário

1. Apresentação da pesquisa	5
2. Metodologia	6
3. A Violência Obstétrica	12
2.1 - Contextualização Histórica	12
2.2 - A Violência Obstétrica: o conceito e a prática	14
2.3 - A violência obstétrica no presente	18
2.4 - Definição de Violência Obstétrica	21
2.5 - Projetos de Lei e Violência Obstétrica	23
2.5.1 - PLS 8/2013	26
2.5.2 - PL 2589/2015	31
2.5.3 - PL 2082/2022	32
2.5.4 - Demais discussões	32
2.6 - Audiências Públicas	33
2.6.1 - Parto Cesariana (PL 3635/2019)	34
2.6.2 - Enfrentamento à violência obstétrica no Brasil	35
Resultados	40
Conclusão	43
Referências Bibliográficas	45

1. Apresentação da pesquisa

A violência obstétrica faz parte da realidade de grande parte da população que já pariu, como visto na pesquisa de Perseu Abramo (2010) que afirma que 1 a cada 4 mulheres já sofreu alguma violência durante o parto sendo as mais comuns gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. De relatos sobre falas humilhantes como “Na hora de fazer você não chorou!”, “Que mulher escandalosa!” e “Ano que vem você vai estar aqui de novo” até atos como exames de toque exagerados, terror psicológico e físico são vistos com facilidade quando questionadas como foi o parto de muitas mulheres¹. O parto, em si, como pontuado por Tempesta e França (2021) em “*Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica*”, é central na discussão sobre “governança reprodutiva” já que é capaz de intensificar o desejo de ter mais filhos ou aniquilá-los.

A relevância da discussão e até da validação da violência obstétrica é essencial para proteção de pessoas em momentos de vulnerabilidade. O reconhecimento da violência praticada permite que algo seja feito a respeito, favorecendo as vítimas para expor suas vivências e serem reconhecidas enquanto vítimas e na prevenção para que atrocidades sejam evitadas.

Ativistas, ONGs, coletivos que lutam pelo direito ao parto humanizado, que destaca-se aqui como descrito por Carneiro (2014), como um parto feito de acordo com as vontades e anseios das mulheres, já caracterizam abusos verbais, procedimentos médicos não consentidos, recusa em administrar analgésicos e violência física, entre outros, como violência obstétrica, se mobilizando através de marchas e posicionamentos em redes sociais para denunciar esses casos².

Apesar das manifestações públicas, produções científicas sobre o tema e do reconhecimento internacional sobre o conceito de violência obstétrica já transformado em leis em países da América Latina, o parlamento brasileiro pouco se debruçou sobre o tema. Dessa maneira, não há nenhuma lei federal que criminalize ou reconheça a violência obstétrica como tal.

¹ Informações retiradas do site Fundação Perseu Abramo publicada em 2013, Acessada no dia 15 de novembro de 2022. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>

² MOREIRA, Mariana. Mulheres protestam e cobram punição a anestesista preso por estupro no RJ. Folha de São Paulo. São Paulo, 13 de julho de 2022. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/07/mulheres-protestam-e-cobram-punicao-a-anestesista-presopor-estupro-no-rj.shtml>>

No que tange a discussão sobre o parlamento brasileiro, cabe ressaltar que o poder legislativo é o responsável por produzir leis e fiscalização. De maneira geral, a atual estrutura do parlamento não possui a agilidade necessária para responder às necessidades da sociedade. Ainda assim, deveria carregar essa rápida resposta (TORRENS, 2013). Apesar de não existir um tempo médio sobre quanto tempo uma proposta legislativa leva para ser analisada, vemos a presença de proposições que datam dez anos ou mais.

Como uma maneira complementar ao funcionamento do poder público, apesar do Poder Executivo ser lido como o responsável pela criação de políticas públicas, o Poder Legislativo possui um valor significativo na validação e monitoramento dos programas (TORRENS, 2013). Cabe destacar, ainda, que parlamentares são capazes de criar políticas públicas como pontuado por Cavalcante Filho (2013) ao exemplo da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. No caso, não foi criado nenhum órgão para que algo fosse feito acerca do tema, entretanto uma política foi criada definindo quem são essas pessoas e ofertando-lhes direitos e diretrizes para sua proteção.

A iniciativa parlamentar é capaz de criar uma política pública através de um detalhamento de uma lei específica e ampliando a efetividade de algo já proposto. Dessa forma, é necessário conceber que para a discussão de violência obstétrica caminhos poderiam ser criados sendo eles a criação de programas provindos do Poder Executivo ou advindos do Poder Legislativo como no caso da Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA.

Vale ressaltar ainda que as discussões dentro do legislativo se mostraram interrompidas em diversos momentos sem uma resposta do motivo.

2. Metodologia

Sendo assim, este trabalho busca compreender as discussões feitas dentro da esfera pública legislativa, mais especificamente na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, a partir de uma pesquisa qualitativa empreendida em ambiente virtual. A pesquisa foi feita nos sites da Câmara dos Deputados (www.camara.leg.br) e do Senado Federal (<https://www12.senado.leg.br/hpsenado>), em seus sistemas de busca, para a identificação de projetos de lei e audiências públicas realizadas no Congresso Nacional e disponibilizadas pelos meios digitais desses espaços: canais no *Youtube* e nos próprios sites da Câmara e do Senado. Todo o material foi analisado à luz da teoria da Ciência Política, estudos de gênero e de assistência ao parto mais recentemente produzidos no Brasil.

No site da Câmara dos Deputados³, através do sistema de busca de propostas legislativa, na ala de “Pesquisa simplificada” foi pesquisado o termo “Violência Obstétrica” na data de 1º de setembro de 2022, tendo sido encontrados 93 resultados, dentre eles, projetos de lei em tramitação e arquivados, requerimentos, pareceres e moções. Os projetos de lei em tramitação e os arquivados são aqueles apresentados por parlamentares que ainda estão seguindo o rito de apreciação nas Comissões ou retirados desse processo a pedido do autor ou obtido parecer contrário aprovado e são o principal objeto de estudo neste trabalho. Demais tipos de proposições, pelo grau menor de relevância e de impacto para o Poder Legislativo, serão considerados secundários para o debate. Requerimentos, pareceres e moções, apesar de indicarem algum tipo de interesse de seus autores sobre a pauta, possuem ritos mais simples de tramitação, dificilmente geram debates ou discussões e não implicam diretamente em alterações na legislação. São estes tipos os requerimentos, que são solicitações de parlamentares para realização de audiência pública, de posicionamento de órgãos sobre determinado assunto ou de celeridade de tramitação de outras matérias; moções, uma espécie de requerimento que visa expressar a manifestação da Casa Legislativa a fato que enseje repúdio, louvor, apoio, desconfiança, solidariedade, regozijo, entre outros; e pareceres, ou seja, o voto do relator sobre tema⁴.

Imagem 2 - Print do sistema de busca da Câmara dos Deputados

³ Informações obtidas no site da Câmara dos Deputados na busca do conceito “violência obstétrica” na ala de propostas legislativas na data de 1 de setembro de 2022, disponível em <<https://www.camara.leg.br/busca-portal/proposicoes/pesquisa-simplificada>>

⁴ Conceitos sobre requerimentos, moção e parecer foram retirado do Glossário de Termos Legislativos da Câmara dos Deputados disponível no site <<https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-legislativo>>

Como o objetivo é entender a movimentação dos projetos de lei sobre o assunto e a razão para o seu não avanço, foram filtrados os projetos de lei tendo sido encontrados 17 proposições com apenas uma arquivada. No site do Senado Federal a mesma busca foi realizada, com o retorno de 11 proposições, sendo apenas um projeto de lei em tramitação.

Imagem 2 - Print do sistema de busca do Senado Federal

Anexo I - Lista geral de projetos de lei

Casa de Origem	Proposição	Ementa	Autor + UF + Partido
SF	PL 6567/2013 PLS 8/2013	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)	Sen. Jorge Afonso Argello (PTB/DF)
CD	PL 6888/2013	Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do	Antonio Bulhões - PRB/SP
CD	PL 8219/2017	"Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra	Francisco Floriano (DEM/RJ)
CD	PL 7633/2014	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-	Jean Wyllys (PSOL/RJ)
CD	PL 516/2022	Cria a lei - Leliane Gomes da Cruz - que institui a Política Nacional de Promoção do Parto	Perpétua Almeida (PCdoB/AC) e outros
CD	PL 3310/2019	Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais,	Lauriete (PL/ES)

		trabalho de parto e parto.	
CD	PL 878/2019	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-	Talíria Petrone (PSOL/RJ) e outras
CD	PL 2693/2019	Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante.	Lafayette de Andrada (PRB/MG)
CD	PL 3635/2019	Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona	Carla Zambelli (PSL/SP) e outros
CD	PL 7867/2017	Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas	Jô Moraes (PCdoB/MG)
CD	PL 5016/2020	Cria mecanismos para prevenir e coibir o assédio sexual contra a mulher no âmbito das instituições de Segurança Pública e nas Forças Armadas.	Subtenente Gonzaga (PDT/MG)
CD	PL 304/2021	Estabelece regras para coibir a violência contra a mulher, dispondo sobre a obrigatoriedade de matérias específicas em cursos de formação dos agentes de segurança pública e dá outras providências.	Celina Leão (DF/PP)
CD	PL 2765/2020	Institui normas de caráter transitório e emergencial para proteção de bebês e puérperas durante a vigência da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020; do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 06, de 2020; ou, transcorridas suas vigências, enquanto durarem medidas de quarentena e restrições de atividades no contexto da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2).	Sâmia Bomfim (PSOL/SP) e outros

CD	PL 3823/2020	Institui normas de caráter transitório e emergencial para proteção de gestantes, parturientes, puérperas e bebês durante a vigência da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 06, de 2020, ou, transcorridas suas vigências, enquanto durarem as medidas de quarentena e restrições de atividades no contexto da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2).	Ricardo Silva (PSB/SP)
CD	PL 906/2022	Dispõe sobre a permanência do profissional Fisioterapeuta nas Maternidades públicas e	Rejane Dias (PT/PI)
CD	PL 119/2019	Inclui a alínea "e" no inciso I no art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para ampliar	Renata Abreu (PODE/SP)
CD	PL 2589/2015	Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica.	Pr. Marco Feliciano (PSC/SP)
SF	PL 2082/2022	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção.	Sen. Leila Barros (PDT/DF)
CD	PL 1405/2021	Inclui pessoas gestantes ou puérperas entre os grupos prioritários para imunização no Plano	Sâmia Bomfim (PSOL/SP) e outras
CD	PL 3901/2015	Inclusão da alínea "e" no inciso I no art. 6º da Lei nº 8.080 - de 19 de setembro de 1990.	Celso Jacob (PMDB/RJ)

Como o objetivo da pesquisa foi voltada para análise crítica dos projetos de lei que citam explicitamente a violência obstétrica, foram delimitados 2 projetos oriundos da Câmara dos Deputados e 2 projetos do Senado Federal.

Anexo II - Quadro de proposições relacionadas ao termo “violência obstétrica”

Casa de Origem	Data de apresentação	Proposição	Ementa	Autor
Senado Federal	05/02/2013	PL 6567/2013	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,	Sen. Jorge Afonso

			que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)	Argello (PTB/DF)
Senado Federal	01/08/2022	PL 2082/2022	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção.	Sen. Leila Barros (PDT/DF)
Câmara dos Deputados	11/08/2015	PL 2589/2015	Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica.	Pr. Marco Feliciano (PSC/SP)
Câmara dos Deputados	23/10/2020	PL 5016/2020	Cria mecanismos para prevenir e coibir o assédio sexual contra a mulher no âmbito das instituições de Segurança Pública e nas Forças Armadas.	Dep. Subtenente Gonzaga (PDT/MG)

Posteriormente, foram analisadas as duas audiências públicas relacionadas à temática da violência obstétrica realizadas na atual legislatura da Câmara dos Deputados até o presente momento (1º de janeiro de 2019 a 22 de setembro de 2022), bem como a análise das falas de atores em audiências públicas e a identificação daqueles vistos como atores positivos e negativos.

Anexo III - Quadro de Audiências Públicas

Casa Legislativa	Data de Ocorrência	Tema	Disponível
------------------	--------------------	------	------------

Câmara dos Deputados	02/07/2019	Enfrentamento à violência obstétrica no Brasil	< https://www.youtube.com/watch?time_continue=7&v=VLy22LiGYZ4 >. Data de acesso: 06 de setembro de 2022.
Câmara dos Deputados	03/09/2019	PL 3635/2019 - Parto Cesariana	< https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/57079 >. Data de acesso: 06 de setembro de 2022.

3. A Violência Obstétrica

3.1 - Contextualização Histórica

Antes do século XIX, a assistência no parto era feita por mulheres em todo território europeu e em suas colônias. Neste momento, eram vistas com grande estima social pelos seus conhecimentos na saúde materno-infantil, bem como na saúde reprodutiva das mulheres. As práticas realizadas por essas mulheres compunham um grupo muito heterogêneo quanto aos saberes, práticas e grupos que atendiam. Ainda assim, existia um conhecimento em comum que definia aquele grupo de atendimento à saúde da mulher como uma hegemonia profissional (SÁNCHEZ, 2015, p. 102-103)

Com o avanço do Estado Europeu fortemente marcado pela presença da Igreja Católica, as mulheres foram sendo colocadas à margem no que tange às suas participações e suas práticas comunitárias. Nesse período, foram aprovadas leis e códigos que classificavam ações relacionadas a direitos reprodutivos como crimes reprodutivos. Os conhecimentos adquiridos geracionalmente foram sendo consideradas práticas de charlatões. Apesar disso, mulheres e parteiras se mobilizaram enquanto resistência e repassavam seus ensinamentos, sendo algumas dessas práticas e saberes presentes atualmente (TEMPESTA; FRANÇA, 2020). Já no final do século XIX, as necessidades da medicalização e patologização de processos naturais foram construídas para o avanço da medicina na busca da construção do lógico (QUATTROCCHI, 2020).

Nesse momento histórico, a proposta era a busca por um conhecimento fundado em princípios do racionalismo científico e, por consequência, separação do corpo físico e da mente, natureza e ciência, e por fim, masculino sobre feminino. Por isso, na obstetria no “modelo tecnocrático”, foi criada a necessidade de utilizar métodos e ferramentas para adequar o processo de nascimento, iniciando uma longa série de intervenções para facilidade e celeridade (para os profissionais da saúde) do parto (QUATTROCCHI, 2020).

No século XX, as mulheres de alta posição social tinham seus filhos sob sedação total através de um coquetel de medicamentos conhecido como sono crepuscular que consistia em uma injeção de morfina e um amnésico chamado escopolamina. O amnésico causava alucinações e por isso as mulheres eram amarradas em suas macas. Por ser entendido como uma situação vexatória, os leitos eram cobertos como uma barraca para evitar que alguém as visse nessa situação (DINIZ, 2005). Posteriormente, com avanço da medicina em relação ao anestésicos e após uma alta mortalidade perinatal e materna, o método de completa sedação foi abolido. O novo modelo que ainda buscava evitar o processo do parto doloroso e medonho, como era descrito, era dividido em estações (pré-parto, parto e pós-parto) semelhante a um processo fabril, destinado às elites, à priori. Já na metade do século XX, o processo de hospitalização já estava instaurado em diversos países, mesmo sem comprovação científica que o método hospitalar era preferível aos caseiros. Através dessa lógica, as parturientes lidavam com duas possibilidades descritas por Diniz.

As mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada "cascata de procedimentos" (Mold & Stein, 1986). No Brasil, aí se incluem como *rotina* a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser *prevenido*, por meio de uma cesárea eletiva (DINIZ, 2005, p.1).

A partir desse contexto, é necessário ponderar e analisar as maneiras pelas quais o Estado foi capaz de construir uma imagem e disseminar cada vez mais o pensamento do grupo tido como a elite do período: a ciência voltada à ótica masculina, de uma alta posição social e branca. Como comentado por Bellón Sánchez (2015), o poder do discurso médico é mantido devido à legitimidade social. Essa autoridade adquirida vem graças à formação universitária

desse grupo, e para que fosse consolidado, foi necessário a desvalidação dos conhecimentos tradicionais. Ainda, é necessário compreender que enquanto indivíduos localizados em espaços sociais, e como pontuado por Bellón Sánchez (2015), a medicina, assim como qualquer outra área do saber, possui as inferências pessoais de cada profissional e é construída historicamente com hierarquias, interesses e crenças.

Conforme comentado por Tempesta e França, no século XX, nos Estados Unidos, o modelo obstétrico tecnocrático foi consolidado se tornando uma referência com a cesariana sendo muito bem recebida pelos médicos pela participação mínima da mulher, em contrapartida ao controle máximo exercido pela equipe cuidadora (TEMPESTA, FRANÇA, 2020). Já na década de 80, essa lógica foi criticada por grupos de feministas e pela academia, afirmando que essa questão era tida quase como um processo fabril, onde os corpos das mulheres eram vistos como máquinas e os bebês como produtos (QUATTROCCHI, 2020).

Por consequência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou as recomendações de nascimento, o *“Appropriate technology for birth”* com finalidade de chamar atenção a utilização da tecnologia obstétrica com parcimônia e na sua real necessidade (TEMPESTA, FRANÇA, 2020). Ainda assim, graças aos movimentos sociais e as organizações da sociedade civil, na última década, a discussão sobre os abusos, maus tratos e desrespeitos causados por profissionais da saúde durante a gestação, parto, puerpério e em casos de abortamento tem sido tema de pesquisas na reivindicação da autonomia e liberdade individual de todos e todas que possam sofrer esse tipo de violência (LEITE et al, 2020).

Historicamente, a “obstetrícia tecnocrática” foi estabelecida apresentando fronteiras a qualquer pessoa não pertencente ao grupo social hegemônico em vigor. Sendo assim, mulheres, pessoas discriminadas devido à raça, recursos econômicos ou com sexualidades não normativas, não conseguiam se diluir nesse espaço. A partir dessa concepção, conforme comentado por Sadler (2019), é possível perceber uma violência de gênero de poder obstétrico como uma forma de poder com a hierarquia masculina.

3.2 - A Violência Obstétrica: o conceito e a prática

Falar sobre um evento ocorrido no passado, mas que traz um trauma para o presente, é uma maneira de se reivindicar o direito à reparação. Na perspectiva na psicanálise, a fala é tida como uma maneira de expressar-se e de curar-se (PULHEZ, 2013). A necessidade de vocalizar os atos cometidos e de se colocar no papel de vítima, que tem como definição “pessoa ferida, executada, torturada ou violentada”, é importante para se constituir uma memória com outras

peessoas que passaram pela mesma situação. Cinthya Sarti (2009) relata, em seu artigo “Corpo, violência e saúde: a produção da vítima”, que a noção de vítima foi alterada após à experiência da guerra e que, a partir de 1980, a psiquiatria inclusive a considerou como e a partir da categoria clínica PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Dessa forma, se a vítima vivenciou algo traumatizante e apresentou sintomas de estresse pós-traumático era considerada uma “autêntica” vítima, ampliando dessa maneira o conceito de sofrimento psíquico para não ser relacionado unicamente às doenças mentais, mas também dizer a respeito do bem-estar em geral.

O documentário “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - A voz das brasileiras”, produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan (2012), apresenta relatos de diferentes casos em que mulheres se sentiram, de alguma maneira, violentadas no parto; a exemplo de T. M., que durante o parto, teve uma episiotomia, um procedimento técnico que consiste em um corte realizado na região do períneo, sem sua autorização; causando-lhe desconfortável físico meses após o parto. TM afirma no filme que essa violência mudou sua relação com seu corpo e sua sexualidade. Aos seus olhos, cria inclusive um paralelo entre a episiotomia e a violência sexual. L.N, na mesma obra, descreveu ter sido tratada como “um lixo” durante seu atendimento de parto e questionou se é normal “sentir uma dor que parece te rasgar por dentro por causa da ocitocina e ainda, assim, ser mutilada”. A.N.G., outra mulher que participou do longa, compartilhou que o médico plantonista chegou juntamente ao seu acompanhante e sequer a cumprimentou, já solicitando o bisturi. Na ocasião, ela questionou a razão e onde ele usaria, defendendo que não era necessária uma episiotomia, mas foi ignorada quando o médico respondeu que “não era o momento para aquilo”. Por fim, o procedimento foi realizado e a paciente ainda foi amarrada à maca.

Apesar dos relatos serem chocantes, atos como a episiotomia, manobra de Kristeller, ato em que o profissional da saúde se debruça sobre a barriga da parturiente para acelerar a saída do bebê, a raspagem de pelos pubianos que podem aumentar o risco de infecção chamada de tricotomia e outros, ainda são tidos como “procedimentos de rotina” pela maioria dos profissionais de saúde, em especial, médicos. Diniz et al (2015), descrevem que apesar das informações e estudos serem divulgadas em publicações eletrônicas, a maioria dos cursos de medicina ainda mantém sua bibliografia desatualizada com poucas orientações sobre como aprofundar os estudos em determinados casos, sendo, por consequência, limitante. Diniz et al (2015) ainda descreve que as mulheres na área da obstetrícia são objetificadas em prol do treinamento de internos, concluindo que a escolha dessas pessoas que estão em trabalho de

parto não são feitas a esmo, sendo intencionais de acordo com a classe, raça e demais vulnerabilidades sociais.

As intervenções e a medicalização de processos naturais são características da prática da obstetrícia do presente, conhecida também como “modelo tecnocrático”, descrito por Nogueira (2000), como um modelo que entende o corpo como uma máquina. Nesse sistema, existe a necessidade da separação da conexão corpo-mente e a construção do paciente enquanto objeto e a figura do profissional como superior em uma lógica hierárquica bem como seu afastamento do paciente. Essa realidade é comprovada através de inúmeros relatos, conforme visto na *Pesquisa Nascer no Brasil* realizada entre fevereiro de 2011 a outubro de 2012, onde foi apontada por Pauletti, Ribeiro e Marilu, no artigo “Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook” (2019)

“Durante o trabalho de parto, mais de 70% das mulheres foi realizada punção venosa, cerca de 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para aceleração do parto e 30% receberam analgesia raqui/peridural. Já em relação às intervenções realizadas durante o parto, a posição de litotomia (deitada com a face para cima e joelhos flexionados) foi utilizada em 92% dos casos, a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) teve uma ocorrência de 37% e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos. Esse número de intervenções foi considerado excessivo e sem respaldo científico que as justificassem” (PAULETTI, RIBEIRO, MARILU, 2019, p. 1)

Como uma contraproposta a esse sistema, a obstetrícia hegemônica vem sendo questionada através de um novo modelo caracterizado pela “humanização” onde a conexão mente-corpo e a valorização da conexão destas se destacam, bem como o entendimento de que o corpo é capaz de curar-se, denunciar por ser um organismo. Prevalece aqui também o protagonismo do paciente e um profissional de saúde com maior empatia com seus pacientes, com mais escuta e acolhimento (NOGUEIRA, 2000). A humanização do parto busca que o processo gravídico-puerperal seja fisiológico como a ciência prevê, mas também dos direitos reprodutivos e da sexualidade das mulheres, que reivindicam o seu protagonismo e a sua autonomia durante todo o ciclo, bem como buscar a correção da assimetria das relações de poder nesse processo (SANTOS et al, 2022). A disseminação desse discurso se deve parcialmente às redes sociais. Senna e Tesser (2016) escrevem sobre como as tecnologias de informação e comunicação (TIC) têm sido utilizadas para conectar e criar espaços para dar vazão a experiências individuais e fazer política. A plataforma *Facebook*, possui a ferramenta

de criação de grupos e é possível interagir através de comentários. Isso permitiu um espaço de troca de informações e um meio que muitas mulheres adeptas ao parto humanizado encontram para difundir conhecimento e se mobilizarem (PAULETTI, RIBEIRO, SOARES, 2020).

O movimento no Brasil pela humanização do parto foi feito de maneira difusa e descentralizada (PAULETTI, RIBEIRO, SOARES, 2020). A popularização da luta por um parto, que tem na parturiente sendo sua protagonista é anterior aos grupos de Facebook, mas essencialmente ligada à internet, como forma de comunicação; tem início em 1993, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que foi fundada por e no seu começo era formada majoritariamente por profissionais da saúde. Na carta de fundação, chamada de “Carta de Campinas”, expuseram que as assistências ao parto estavam sendo pouco humanas, constrangedoras e com intervenções desnecessárias. Durante esse período e com a participação da comunidade acadêmica, muitas mulheres foram tendo acesso a discussão e expandido aquela discussão enquanto “usuárias do sistema de saúde” (SENNA, TESSER, 2016). Mais tarde, com a internet e as redes sociais, essas discussões atingiram fóruns de discussão sendo mais popularizadas ainda. Cabe destacar que no ano de 2012, ativistas pela humanização do parto lançaram uma pesquisa informal com o nome de “Teste da Violência Obstétrica” cujo objetivo era avaliar os cuidados recebidos durante o período do nascimento de bebês. Os resultados da pesquisa foram divulgados também pela mídia tradicional através da Agência Pública de Reportagem e Jornalismo Investigativo⁵, repercutindo ainda mais o que estava restrito a pequenos grupos.

Cabe ainda destacar que a violência obstétrica não é restrita ao Brasil e que atinge diferentes corpos, em especial aqueles racializados e socialmente marginalizados. Giovana Tempesta de maneira sucinta apresenta o resumo crítico da obra de Dána-Ain Davis “Reproductive injustice: racism, pregnancy, and premature birth” (2019). A autora retrata o sistema de saúde nos Estados Unidos e como o racismo atravessa a saúde de mulheres pretas e seus bebês. Na ocasião, foi destacado que o índice de mortalidade neonatal era superior com bebês de mulheres não-brancas do que com mulheres brancas sob o imaginário de serem crianças mais fortes por serem negras. No caso do Brasil, Lima, Pimental e Lyra (2021) escreveram o artigo “Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras” com a apresentação das dificuldades enfrentadas por mulheres negras em Pernambuco. Foi identificado que a taxa de mortes maternas em mulheres negras é duas vezes superior à de

⁵ Matéria disponibilizada no link <[http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%9A)> acessada em 25 de novembro de 2022.

mulheres brancas. Também são aquelas que apresentam riscos de não receber anestesia quando feita a episiotomia e uma maior vulnerabilidade a infecções após cesarianas.

Dessa forma,

“O parto, diferentemente das outras questões, toma um espaço maior não apenas por ser um momento chave no vivenciamento da maternidade, mas também por se tornar uma questão que ultrapassa o domínio do íntimo e do privado e alcança as arenas políticas dentro do debate sobre saúde pública, mais especificamente, saúde da mulher” (PULHEZ, 2013).

Portanto, discutir violência obstétrica é discutir, antes de mais nada, também violência de gênero e de raça.

3.3 - A violência obstétrica no presente

Em 2018, foi publicado no BMJ Global Health o estudo “*Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates*”, um alerta de que na América Latina e no Caribe cerca de 43% dos nascimentos são realizados via cesariana. No Brasil, esse número corresponde a 55,5%, indicando que partos via cirurgia superam o número de partos normais⁶.

Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que indicam que as taxas de cirurgias cesarianas devem variar entre 10% e 15% e em casos específicos em que há um risco de morte do feto e/ou da parturiente, a tendência é que os números aumentem até 2030⁷. Ainda, com respaldo da OMS, as problemáticas sobre o tema são cientificamente comprovadas, já que em uma cirurgia a chance de infecção é três vezes maior do que através do parto natural. O parto natural, por sua vez, permite que a criança desenvolva melhor seu sistema imunológico e o risco de morte materna é menor⁸.

⁶ Informação retirada do site da Organização Pan-Americana da Saúde com título “Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS” publicado em 16 de junho de 2021 disponível em <<https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>>

⁷ Reportagem lida no site do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) sobre a “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas” publicado em 10 de abril de 2015, disponível em <<https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>

⁸ Informações retiradas do site das Nações Unidas no Brasil publicado em 17 de junho de 2021 com o título “Estudo a OMS revela que número de cesarianas aumenta, mas desigualdade no acesso persiste” publicado em 17 de junho de 2021, disponível em <

Como mais um agravante para a causa, estudos publicados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) indicam que 56,71% dos partos realizados por cesáreas foram realizadas antes do início do trabalho de parto, o que gera ainda consequências danosas como: maior chance do recém-nascido apresentar incapacidade de manutenção da temperatura corporal, imaturidade pulmonar e maior dificuldade de sucção do leite materno⁹. Sendo assim, é necessário reafirmar que, caso a cesárea não seja realizada de acordo com os termos definidos pela OMS, qualquer intervenção sem consentimento e induzida pela falta de informação é caracterizada como violência obstétrica.¹⁰

A violência obstétrica possui muitas faces, entre elas, a frequência de exames de toques, uso de fórceps, episiotomia, prática da manobra de Kristeller e agressões verbais, psicológicas, bem como amarrações em macas, cesarianas sem necessidade e estupros.

Em 2010, a Fundação Perseu Abramo divulgou a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços públicos e privados” que mostra que uma em cada quatro brasileiras sofre algum tipo de violência durante o parto. Estes casos foram vistos recentemente na cidade de São João de Meriti (RJ), quando um médico anestesista foi preso após ter sido filmado estuprando uma parturiente sedada por conta de cirurgia cesariana¹¹; e em Niquelândia (GO), em que um médico obstetra e ginecologista está sendo acusado de violência obstétrica devido a prática da episiotomia sem consentimento, agressões verbais e negligência médica durante os partos que presenciou¹². Outros casos são também relatados por mulheres que perderam seus filhos devido a práticas e atendimentos desumanizados, no exemplo da advogada identificada enquanto V.F, que teve feito o deslocamento de membranas sem autorização e viveu grande demora em seu atendimento. Por consequência, a filha que esperava nasceu sem vida por falta de oxigênio¹³.

⁹ Reportagem feita pela Agência Brasil, publicado no dia 11 de agosto de 2021, sinaliza com base no Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal pela ANS que “Painel mostra que 56,7% dos partos foram realizados antecipadamente” disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/cesareas-respondem-por-84-dos-partos-realizados-por-planos-em-2019>>

¹⁰ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms>

¹¹ “Anestesista é preso em flagrante por estupro de uma paciente que passava por cesárea no RJ” Publicado em 11/07/2022 pelo Jornal Globo disponível em <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/11/anestesista-e-preso-em-flagrante-por-estupro-de-paciente-no-hospital-da-mulher-no-rj.ghtml>>

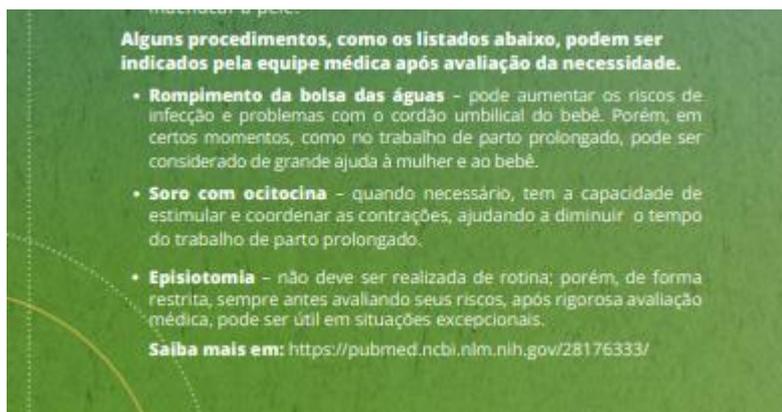
¹² “Médico afastado por suspeita de violência obstétrica é denunciado por outras pacientes por ofensas e erros médicos, em Niquelândia”. Publicado em 28/08/2022 pelo Jornal Globo disponível em <<https://g1.globo.com/go/noticia/2022/08/28/medico-afastado-por-suspeita-de-violencia-obstetrica-e-denunciado-por-outras-pacientes-por-ofensas-e-erros-medicos.ghtml>>

¹³ “Estava rasgando, queimava e ardia”, lembra vítima de violência obstétrica que perdeu bebê. Publicado em 17/08/2022 pelo Jornal Terra disponível em <<https://www.terra.com.br/nos/estava-rasgando-queimava-e->

Ainda assim, apesar dessas discussões serem realizadas desde o começo dos anos 2000, tendo sido popularizadas com o avanço de redes sociais como o grupos no Facebook, o Poder Público, caracterizado aqui como o Poder Executivo e Legislativo, pouco se dispõe a tomar decisões efetivas sobre o tema. O Ministério da Saúde, através de uma nota em 2019, determinou que o termo “violência obstétrica” não seria mais utilizado pelo governo federal por considerá-lo “impróprio” devido ao significado isolado da palavra “violência” que trata da intencionalidade de realizar do uso da força ou do poder em forma de ameaça ou prática direcionada a grupos ou indivíduos. Através dessa perspectiva, declararam que “o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério.”¹⁴ e que o profissional de saúde não tem a intencionalidade de causar dano ou prejudicar.

No ano de 2022, foi lançada a *Caderneta da Gestante*, que tem por objetivo orientar a pessoa gestante durante o processo gravídico e trazer orientações sobre o parto e puerpério. Entretanto, apesar de ter uma finalidade informativa, o material traz informações ultrapassadas, como a prática da episiotomia que não possui indicação ou evidência científica para sua realização.

Imagem 3- print da caderneta da gestante



Não obstante, no evento de divulgação do material, o então secretário de Atenção à Saúde Primária, Raphael Câmara promoveu a manobra de Kristeller¹⁵. Na ocasião, o secretário defendeu ser um médico obstetra e que em situações excepcionais alguns procedimentos podem

ardia-lembra-vitima-de-violencia-obstetrica-que-perdeu-bebe,d53d23a5b232a70f6ec29bd8811a9fc9xw74me2r.html>

¹⁴ Despacho do Ministério da Saúde 3 de maio de 2019 em resposta ao recebimento do Ofício 17/19-JUR/SEC publicado, em sua íntegra, no site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstétrica, disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/es/revistas/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>>

¹⁵ “Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento de caderneta de gestante” Publicado em 11 de maio de 2022 pelo jornal Mídia Ninja, disponível em <<https://midianinja.org/news/ministerio-da-saude-incentiva-violencia-obstetrica-em-lancamento-de-caderneta-de-gestante/>>.

e devem ser feitos, a exemplo da episiotomia e a manobra de Kristeller, sendo o médico o responsável por definir isso e não leigos e militantes. Por fim, defendeu o não uso do termo violência obstétrica que, segundo Câmara, não “leva a nada” e “só provoca desagregação, coloca a culpa no profissional único, o que não tem o menor sentido”.¹⁶

Por fim, para seguirmos com o completo desmonte dos poucos direitos sexuais e reprodutivos assegurados na sociedade brasileira, em 2022, o Ministério da Saúde extinguiu o programa *Rede Cegonha*, criado em 2017, com o objetivo de garantir atenção primária especializada no pré-natal, parto, nascimento e puerpério; evitar a violência doméstica e diminuir a violência obstétrica. O programa foi encerrado sem que houvesse diálogo com profissionais da saúde e tampouco sociedade civil, sendo considerado um imenso retrocesso para a saúde da mulher, já que a *Rede Cegonha* estava garantindo um atendimento qualificado e seguro na saúde reprodutiva.

Enquanto tudo isso acontece nas casas legislativas federais como a Câmara dos Deputados e o Senado Federal são apresentados projetos de lei que param sua tramitação logo no início, ou seja, não chegam sequer a serem debatidos de maneira profunda nas comissões que lhe são designadas. E, para que uma lei seja criada no Brasil, é necessário que se faça essas discussões nos espaços possíveis do Poder Legislativo, sendo a nível municipal as Câmaras Municipais, a nível estadual as Assembleias Legislativas, a nível distrital a Câmara Legislativa do Distrito Federal e a nível federal a Câmara dos Deputados e o Senado Federal.

3.4 - Definição de Violência Obstétrica

Apesar de ser uma problemática real, ainda há dificuldades em encontrar um consenso entre as terminologias e definições dessas práticas violentas, o que gera uma dificuldade na mensuração do problema (LEITE et al, 2022).

Ao longo dos últimos anos, foram apresentados diferentes conceitos na tentativa de nomear o tipo de violência sofrido por essas pessoas. Alguns dos termos presentes na literatura são 1. *disrespect and abuse in facility-based childbirth*; 2. *mistreatment of women in childbirth at health facilities*; e 3. *obstetric violence* (LEITE et al, 2020).

O primeiro termo, proposto em 2010 por Bowser e Hill, abarca sete dimensões, sendo elas: 1) *physical abuse*; 2) *non-consented care*; 3) *non-confidential care*; 4) *non-dignified care*

¹⁶ Declarações do Secretário de Atenção Primária retiradas da reportagem “Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante” publicado no dia 9 de maio de 2022, disponível em <<https://theintercept.com/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>>

(including verbal abuse); 5) discrimination based on specific patient attributes, 6) abandonment of care; 7) detention in facilities. Apesar das sete categorias, a nomenclatura ainda é muito limitada, pois não é capaz de abarcar todas as formas de abusos, a não intencionalidade dos agentes e dispõe exclusivamente de situações voltadas para o parto e nascimento, não incluindo que esses maus tratos podem ocorrer durante a gravidez, no pós-parto e em situações de abortamento. Ainda assim, em 2015, na intitulada *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth* essa definição foi utilizada pela primeira vez pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um marco que pesquisas na área fossem estimuladas para compreender melhor a questão.

No mesmo ano, Bohren et al (2018) buscaram trazer um novo conceito na tentativa de corrigir as limitações mencionadas, trazendo à luz o termo *mistreatment of women in childbirth at health facilities*, também com sete dimensões 1) *physical abuse*; 2) *sexual abuse*; 3) *verbal abuse*; 4) *stigma and discrimination*; 5) *failure to meet professional standards of care*; 6) *poor rapport between women and providers*; 7) *health system condition and constraints*.

Em seu processo de conceitualização, foram trazidos novas questões como as condições de trabalho de profissionais da saúde. Foi apresentado que em situações onde as maternidades estão sempre cheias, sem o material ou condições necessárias para o atendimento, podem deixar que os pacientes sejam negligenciados ou tenham a comunicação inadequada. Além disso, ainda considera a intencionalidade ou não dos atores, apesar desta não ser necessária por conta das consequências serem sentidas da mesma maneira. Após as definições trazidas, a OMS adotou o termo *mistreatment* em todas suas publicações.

Por fim, utilizado principalmente na América Latina, mas não exclusivamente, o termo “violência obstétrica” aparece no ano de 2007, apresentado pela primeira vez na Venezuela e pioneira na sua definição em sua legislação (LEITE et al, 2020).

A definição de violência obstétrica é considerada

“toda conduta, ação ou omissão realizada pela equipe de saúde, de maneira direta ou indireta, em âmbito público ou privado, caracterizada pela apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos pelo profissional de saúde, que se expressa por um atendimento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e a sua sexualidade, afetando negativamente a sua qualidade de vida” (LEITE et al, 2020).

No que tange a América Latina, a Venezuela foi o primeiro país a tipificar violência obstétrica em sua legislação através da Lei n.º 38.668, de 23 de abril de 2007, denominada “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”.

Em 2009, a Argentina aprovou através da Lei 26.485, de março de 2009 a “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. Em sua definição, considerou violência obstétrica enquanto “atos exercidos pelos profissionais de saúde sobre o corpo, envolvendo também os processos reprodutivos das mulheres, que podem ser expressas através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais no parto, nascimento e puerpério da mulher e do seu bebê”. Países como a Bolívia e o Panamá também aprovaram leis que abarcam o tema (LEITE et al, 2020).

Recentemente, a discussão iniciou no continente europeu com apresentação de projetos que criminalizam a violência obstétrica. Na Espanha, França e Portugal parlamentares iniciaram suas movimentações para incluir a violência obstétrica na legislação de acordo com a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul).

3.5 - Projetos de Lei e Violência Obstétrica

No Brasil vivemos o que se entende enquanto sistema bicameral em um regime presidencialista, isso significa que na esfera federal, encontramos a Câmara dos Deputados e o Senado Federal enquanto representantes do Legislativo Federal. Por outro lado, encontramos o Presidente do Brasil como autoridade e figura representativa do Poder Executivo.

Dentro do Poder Legislativo, existem regras necessárias para o funcionamento das chamadas casas legislativas. Os parlamentares ali presentes, eleitos pelo povo brasileiro, estão divididos pelos estados que representam e vinculados a um partido que atende as crenças daquele indivíduo. Os partidos são relevantes para identificação do eleitor pois permitem encontrar certos princípios e ideias aglomerados em um grupo (FACIO, GOMES, 2018).

Os trâmites internos para que seja possível a aprovação de uma lei iniciam-se na apresentação de uma proposição legislativa, ou seja, qualquer matéria submetida à apreciação da Câmara, do Senado ou do Congresso Nacional. Ao ser protocolada no sistema, o presidente da casa em questão define por quais comissões aquela matéria deverá ser discutida. As comissões são órgãos parlamentares de alguma casa legislativa que tem uma série de atribuições, dentre elas, discutir o mérito, a constitucionalidade ou a intercorrência orçamentária de proposições legislativas. Na comissão, é designado um relator, um representante da matéria que deverá oferecer um parecer sobre o assunto, favorável a sua aprovação ou rejeição (PEREIRA, MUELLER, 2000).

Por fim, devido ao sistema bicameral que busca a manifestação das duas Casas para elaboração de normas jurídicas de modo que uma matéria iniciada na Câmara dos Deputados tenha sua revisão feita pelo Senado Federal e vice-versa (SILVA, LIMA 2017) , a proposição segue esse trâmite até chegar ao Plenário, quando designada a este passo, onde será votada de maneira semelhante às comissões e seguirá para a próxima casa passando pelo mesmo rito, com pequenas ressalvas, até ser atestada por deputados e senadores. Após esse mérito, é enviada ao Poder Executivo para ser sancionada e se torna, oficialmente, uma lei.

Cabe ressaltar que as regras internas das casas legislativas garantem, conforme pontuado por Carlos Pereira e Bernardo Mueller (2000), "um papel central na condução do processo legislativo e na definição do sistema de comissões". Apesar dos poderes se equilibrarem e não preponderam um em relação ao outro através da ideia de controle de poder pelo poder (PISKE, SARACHO, 2017), conforme Montesquieu discorreu na *Teoria dos Freios e Contrapesos*, é de interesse que o representante do Executivo tenha um base aliada dentro do parlamento para ser possível maior fluidez para aprovação de matérias de seu interesse e a defesa de interesses. Um exemplo desse feito, é a aprovação da urgência em matéria, que dispensa o rito ordinário das comissões e é examinada diretamente pelo Plenário dando uma celeridade maior ao processo.

Este é o procedimento dentro das casas legislativas. Entretanto, para que os assuntos cheguem a entrar na agenda pública é necessário que isso chame atenção dos legisladores. Capella (2018) realizando uma releitura teórica do campo de Política Públicas, discorre sobre Schattschneider que define que o conflito é a base para realização de qualquer atividade política. A partir dessa lógica, há uma divisão de grupos: pessoas engajadas diretamente no conflito e os espectadores. Os primeiros se mobilizarão para transformá-lo numa questão política levando algo do campo privado ao entendimento do público e coletivo. Nesse ponto, Cobb e Elder (1971;1972) defendem que, para um problema alcançar o maior número possível de pessoas, deve ser mais ambíguo, ter maior alcance social com a população percebendo aquilo enquanto realidade ou percepção, relevante numa concepção temporal e com uma discussão menos técnica.

Cobb e Elder (1972) defendem que nem todas as questões que alarmam a sociedade chamam suficiente atenção dos legisladores para compor a agenda política do governo. Por consequência, receber atenção dos parlamentares já é uma competição que necessita da atenção da mídia, de profissionais e do público para que políticas públicas sejam criadas para resolução daquele problema. Nessa lógica, deve-se perceber a atuação da mídia que, conforme colocado por Cohen (1963), não é capaz de ditar como pensar sobre um assunto, mas destacam sobre o que pensar.

Esses pontos são necessários para que exista o interesse do legislador em atuar sobre o tema. Além de superar a agenda governamental, ou seja, chamar atenção do legislador, a matéria deve se encaminhar para a agenda decisória que consiste no momento que os legisladores tomem ativamente uma decisão sobre o assunto (CAPELLA, 2018). Para que exista essa introdução na agenda ou vontade para que algo seja feito a respeito de algum tema, Gozetto, Mancuso (2018), descrevem que é necessário ter diálogos com legisladores buscando apresentar a urgência daquele tema e oferecendo conhecimento técnico para a construção de uma proposição legislativas. Ainda, caso a matéria já esteja em tramitação, é possível atuar nas comissões diretamente com relatores e participantes levando em consideração essas questões. A atuação nessas esferas é positiva e quando é conquistado o apoio de parlamentares, as proposições avançam com mais facilidade, em especial quando líderes orientam seus partidos a seguirem determinada posição política quando a matéria é debatida.

Apesar da possibilidade de acesso a parlamentares, além dos obstáculos da inserção do tema na agenda governamental e, posteriormente, para agenda decisória, ainda é necessário considerar o bloqueio da agenda. Cobb e Ross (1997) defendem que no conflito existem dois lados distintos: "os proponentes, que buscam por diversas razões chamar a atenção sobre uma questão e obter acesso à agenda governamental, e os oponentes, que procuram restringir o acesso de uma questão à agenda." Se tornam bloqueadores de uma agenda o grupo que percebe que o avanço daquela questão é uma perda para seu próprio coletivo. Dessa forma, utilizam de estratégias para esse bloqueio como a evitação do assunto, seja evitando sua discussão ou negando que uma situação seja tida como um problema. Outra alternativa é o ataque e dissipação do conflito apresentando preocupação no plano simbólico caso a medida avance ou ataque direto ao que os proponentes estão trazendo. Por fim, existe a terceira estratégia: ameaça. Esse meio é uma tática envolvendo questões políticas, econômicas ou legais contra o grupo que propõe.

Os debates para o alcance na agenda política é extenso e possui muitas brechas institucionais para atuação daqueles favoráveis ou contrários às questões que estão sendo trazidas para o debate público.

Ainda que a discussão e propostas legislativas sejam de incumbência do Poder Legislativo, o Poder Executivo detém a capacidade de propor normas legislativas. Os parlamentares também são peças relevantes nesse processo, pois são capazes de atuar como negociadores entre os grupos que o pressionam para atuação e o Poder Executivo (SILVA e LIMA, 2017). Dessa maneira, a participação do parlamentar não é apenas central na construção de propostas legislativas, mas também no diálogo entre a sociedade e o Poder Executivo. Não

obstante, ainda é possível monitorar políticas públicas através das comissões de inquérito, convocação de ministros e pedidos de informação (TORRENS, 2013).

3.5.1 - PLS 8/2013

O Projeto de Lei (PL) 8/2013 teve como início o Senado Federal, de autoria do senador Jorge Afonso Argello (PTB/DF). No que tange a discussão sobre projetos de lei que determinam uma assistência humanizada ou a coibição da violência obstétrica, este foi o que apresentou um maior avanço na discussão, sendo o único a alcançar o debate na casa revisora, mesmo que sua tramitação tenha parado de maneira inóspita ainda no ano de 2014. A proposta é a alteração na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O autor apresenta que a mudança na lei é importante devido a ausência de medidas infralegais para garantir que o SUS ofereça os meios necessários.

O objetivo é que fossem incluídas junto ao texto dois dispositivos: a obrigação para que as diretrizes e orientações sejam seguidas para que exista a possibilidade da ocorrência do parto humanizado definindo “obedecer às diretrizes e orientações técnicas e oferecer as condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado em suas dependências;” e a presença de um acompanhante no período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato.

Apesar da aprovação da Lei 11.108/2005, que 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, o autor destacou que o SUS deveria ser capaz de possibilitar a ocorrência do parto humanizado. No texto do projeto de lei não houve especificação de como deveria ser feito, entretanto, em sua justificativa, o manual citado no projeto é o *Manual Técnico adotado pelo Ministério da Saúde em 2005 intitulado “Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada”*, sendo a humanização definida como:

“A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão.” (BRASIL. Câmara dos Deputados.)

Na ocasião, o projeto foi submetido pela Mesa Diretora para tramitar apenas na Comissão de Assuntos Sociais, que é responsável por tratar de proposições relacionadas a trabalho, previdência, assistência social, saúde, populações indígenas, entre outros temas¹⁷, cabendo a esta a decisão terminativa, ou seja, sem necessidade de ser discutida em Plenário. Alguns meses após a apresentação do projeto (05/02/2013), em setembro do mesmo ano, a Sen. Ana Rita (PT/ES) foi designada relatora e em seu parecer afirmou que o tema é “de grande interesse social”, defendeu que o termo ‘-parto humanizado’ comporta diversas variações e cabe a normas infralegais definir as diretrizes. Por fim, a proposição foi aprovada com alterações na sua redação, acrescentando que o acompanhante deveria ser sinalizado pela parturiente.

Em 14/10/2013, o projeto foi encaminhado para a Câmara dos Deputados recebendo uma nova numeração, PL 6567/2013, com o despacho para as comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e Constituição, Justiça e de Cidadania (CCJC) sendo conclusiva, ou seja, sem necessidade de ser deliberado pelo Plenário. Durante quatro anos o projeto não obteve avanço em termos de deliberação, apesar de ter recebido 38 novas proposições apensadas conforme descrito na lista abaixo:

Anexo IV - Lista de proposições apensadas ao PL 6567/2013

Proposição	Ementa
PL 5304/2013	Permite a presença de um acompanhante e uma doula no período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em serviços obstétricos da rede própria ou conveniada ao SUS e nos ligados aos planos e seguros privados de assistência à saúde
PL 5656/2013	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", com a redação dada pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.
PL 6062/2013	Cobertura obrigatória dos planos de saúde a realização do parto pelo profissional obstetra responsável pelo pré-natal.
PL 7277/2014	Dispõe sobre obrigatoriedade dos planos e seguros privados de assistência à saúde, a realização de todos os procedimentos obstétricos, e dá outras providências.
PL 3455/2015	Trata da permissão de doula junto à parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
PL 4662/2016	Assegura às parturientes o direito de serem acompanhadas por doulas.

¹⁷ Informação retirada do site do Senado Federal no dia 07/11 às 20h52 <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2018/09/14/entenda-o-funcionamento-da-comissao-de-assuntos-sociais>

PL 9749/2018	Altera a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências" para permitir à gestante e à parturiente o acompanhamento por uma pessoa de sua preferência e uma enfermeira obstétrica autônoma durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.
PL 446/2019	Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.
PL 2283/2022	Dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada de todo o território nacional ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente.
PL 6888/2013	Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências".
PL 3465/2015	Altera a Lei nº 8.080/1990, para proibir a discriminação de sexo do acompanhante da parturiente.
PL 4126/2015	Normatiza o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde e dá outras providências.
PL 10209/2018	Dispõe sobre o acesso ao uso de anestésias peridural e raquidiana nos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde e da outras providências.
PL 3635/2019	Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.
PL 4732/2019	Acrescenta Capítulo à lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
PL 768/2021	Garante a gestante o direito de optar pela realização de parto por cesariana, no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a utilização de analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal, desde que observada à indicação médica para o caso.
PL 3325/2021	Dispõe sobre a obrigatoriedade das redes públicas e privada de saúde respeitarem a opção do parto cesárea as gestantes com óbito fetal, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.
PL 4996/2016	Acrescenta inciso XIV ao art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a humanização das relações e dos processos de atenção e gestão em saúde, e estabelece o direito do usuário a acompanhante durante o atendimento ou a internação nos serviços de saúde e a visita aberta na internação.
PL 3569/2015	Ementa: Acresce inciso ao art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para inserir o princípio da humanização da atenção à saúde entre os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.
PL 81/2022	Dispõe sobre o direito de toda mulher a ter acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames, inclusive os ginecológicos, nos estabelecimentos públicos e privados.
PL 2008/2022	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir à mulher o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato, consultas, exames, cirurgias ou qualquer outro procedimento de saúde.

PL 2049/2022	Dispõe sobre a obrigatoriedade quanto ao acompanhamento por profissional de saúde do sexo feminino durante a realização de exames ou procedimentos que utilizem de sedação ou anestesia que induzam a inconsciência do paciente e à presença de acompanhante durante os exames sensíveis.
PL 1984/2022	Estabelece o direito a acompanhante nas consultas, exames e nos casos de internação e procedimentos hospitalares.
PL 1988/2022	Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, para garantir o direito a acompanhante durante os procedimentos, exames e cirurgias nos hospitais públicos e privados.
PL 7633/2014	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.
PL 7867/2017	Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.
PL 8219/2017	"Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após".
PL 878/2019	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.
PL 516/2022	Cria a lei - Leliane Gomes da Cruz - que institui a Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso (PNP-PHDR) e dá outras providências.
PL 2693/2019	Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante.
PL 3310/2019	Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto.
PL 4021/2019	Dispõe sobre a fixação de placas de conscientização às mulheres grávidas sobre o parto humanizado e altera a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.
PL 9372/2017	Autoriza o Poder Executivo a instituir cursos de humanização no atendimento às gestantes.
PL 10987/2018	Autoriza o Poder Executivo a instituir cursos de humanização no atendimento às gestantes.
PL 3905/2019	Institui a Semana Nacional de Conscientização e Apoio ao Parto Humanizado e Adequado, e dá outras providências.
PL 1217/2019	Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor que as gestantes com deficiência auditiva terão acompanhamento de intérprete de libras durante o pré-natal e o parto.
PL 2446/2019	Concede, à pessoa com deficiência auditiva gestante, o direito a um intérprete da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, para acompanhar a consulta de pré-natal e o trabalho de parto.
PL 3696/2021	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes surdas o direito à presença de acompanhante intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e das outras providências.

Cabe destacar que o apensamento, ou tramitação em conjunto, é a anexação de uma proposição a outra da mesma espécie que trata de matéria semelhante ou conexa¹⁸.

Entre as matérias apensadas, existe o Projeto de Lei (PL) 7633/2014 do dep. Jean Wyllys (PSOL/RJ), que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico. Também presente na mesma “árvore” de projetos, vê-se o Projeto de Lei (PL) 3635/2019, da dep. Carla Zambelli (PSL/SP) e outros, que garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona. Apesar da natureza dos projetos serem distintas ideologicamente como visto no PL 7633/2014, que busca a redução dos índices de cesarianas e considera uma ofensa o agendamento de uma cirurgia cesariana sem indicação real, e o PL 3635/2019 oferece a opção de escolha entre uma cirurgia e uma parto natural, os projetos ainda estão anexados enquanto matérias anexas. Destaca-se que essas escolhas são feitas pelo Presidente da Casa e a Mesa Diretora do local.

No dia 28/06/2017, na reunião da Comissão, o projeto seria discutido, porém devido a um requerimento de retirada de pauta apresentado pelo dep. João Campos (REPUBLICANOS/GO) a matéria não foi deliberada. Na ocasião, a dep. Shéridan (PSDB/RR) era a relatora e seu parecer era favorável ao projeto de lei e seus apensados. Após esse período, a proposição recebeu mais dois novos relatores pela dep. Shéridan já não compor mais a comissão, mas nenhum novo parecer foi redigido e, por consequência, não retornou para a pauta.

Não há justificativas formais sobre o não retorno à pauta, entretanto parte da atividade parlamentar é motivada pela vontade política. Cerca de centenas de matérias estão aguardando discussão para continuar sua tramitação. Para existir o destaque de uma e ser inserida na pauta, o presidente da comissão deve acatar e, conforme sua vontade, adicionar ou não. Neste caso, é importante que exista uma mobilização por parte dos interessados na matéria solicitarem aos demais parlamentares que esse pedido seja feito ao presidente. Não menos importante, é necessário que um deputado, no caso da matéria, solicite a relatoria da matéria. Como o parecer do deputado é o que é votado na comissão, é de interesse que exista uma mobilização por parte dos grupos, seja da sociedade civil ou empresarial, para que o relator vote conforme os interesses desses eixos.

¹⁸ Referência retirado do site do Congresso Nacional no Glossário Legislativo. Acessado em 8 de novembro de 2022 . Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-legislativo/-/legislativo/termo/tramitacao_em_conjunto>

3.5.2 - PL 2589/2015

Em 2015, o dep. Marco Feliciano apresentou o projeto PL 2589/2015, que considerava violência obstétrica o conjunto de condutas condenáveis por parte de profissionais responsáveis pelo bem estar da gestante e do bebê, sendo, o desrespeito; o abuso de poder da profissão; o constrangimento; a privação do direito a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja emergência; a negligência, que poderá ser considerada também quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê.

Na ocasião, o deputado defendeu a proposição afirmando a regulamentação do tema devido às denúncias levadas ao Supremo Tribunal Federal publicizadas pela Revista Época no ano de 2014 quando foi feita uma reportagem com fotografia de mulheres sendo de figura pública ou não, participaram da campanha #PartoComRespeito, onde relataram histórias de violência na sala de parto. Junto a reportagem, foi entregue um dossiê com informações sobre o tema ao ministro Ricardo Lewandowski juntamente a uma nota técnica sobre o tema da Organização Não-Governamental Artemis, atuante no combate a violência contra a mulher.

A proposta teve em seu despacho a Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania (CCJC) e a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). Sendo priorizada a Comissão de Mérito, na CSSF a deputada Benedita da Silva (PT/RJ) foi designada relatora. Ainda assim, não foi apresentado nenhum parecer tendo ainda re-designação de relator, o dep. Diego Garcia (PODE/PR).

A matéria não avançou na discussão e não há registros concretos da razão. Cabe destacar que para discussão de projetos de no Modelo de Múltiplos Fluxos, proposta por John Kingdon (2003), é necessário que exista janelas de oportunidade que favoreçam a mudança. Deve existir espaço no parlamento para que exista determinados tipos de discussão.

Também, é necessário ponderar uma questão de gênero dentro do parlamento. Apesar das mulheres representarem mais da metade da população nacional, segundo o Observatório Nacional da Mulher na Política (ONMP), em 2018, apenas 14,81% das mulheres ocupavam cargos no parlamento¹⁹. Por consequência, as mulheres ficam à margem dos processos de elaboração de políticas públicas, não existindo identificação com o sistema político.

Apesar dessa questão, ter uma maior presença das mulheres no parlamento não significa um avanço na agenda relacionada às pautas femininas. Um exemplo para essa questão é o caso

¹⁹ <https://www.camara.leg.br/noticias/910499-observatorio-da-mulher-publica-estudo-sobre-representacao-feminina-nos-parlamentos-brasileiros/>

dos Estados Unidos onde há uma grande presença de mulheres na agenda pública, porém a pauta continua bastante conservadora.²⁰

3.5.3 - PL 2082/2022

Em 2022, diante das altas acusações de violência obstétrica, o Senado Federal teve uma resposta quanto a apresentação de projeto, sendo apresentado pela senadora Leila Barros (PDT/DF) o Projeto de Lei (PL) 2082/2022 que altera o código penal para tipificar a violência obstétrica e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Na justificativa de seu projeto de lei, a senadora argumentou que, países na América Latina já apresentaram leis, a exemplo da Venezuela e da Argentina, enquanto países na Europa estão debatendo o tema e que o Brasil nada fez nesse sentido, sendo o recordista mundial no número de cesáreas.

Defendeu também que a matéria assiste questões jurídicas, propondo então, uma alteração no Código Penal para criminalização da violência obstétrica e também alterações na legislação do SUS para criar condições institucionais para o combate à violência obstétrica, como campanhas de prevenção. Por fim, a parlamentar define violência obstétrica enquanto “qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher.”

A matéria foi apresentada dia primeiro de agosto de 2022. Até o presente momento, o projeto de lei não foi despachado a nenhuma comissão.

3.5.4 - Demais discussões

Outros projetos foram apresentados com um teor semelhante, mas não especificando práticas específicas as questões de violência obstétrica ou práticas de promoção a partos humanizados. Um exemplo deles é o PL 5016/2020, apresentado pelo deputado Subtenente Gonzaga (PDT/MG) que cria mecanismos para prevenir e coibir o assédio sexual contra a mulher no âmbito das instituições de Segurança Pública e nas Forças Armadas. Apensado a ele, está um projeto que visa o mesmo público, mas busca coibir toda violência contra a mulher através de cursos de formação aos agentes de segurança, sendo este, o PL 304/2021, da deputada Celina Leão (PP/DF).

²⁰ <https://unale.org.br/representatividade-das-mulheres-na-politica/>

A matéria, em seu despacho, foi designada às Comissões de Relações Exteriores e de Defesa Nacional (CREDN), Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP), Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado (CSPCCO), Seguridade Social e Família (CSSF), Defesa dos Direitos da Mulher (CDM), Finanças e Tributação (CFT) e Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

Entretanto, a matéria ainda não foi encaminhada a nenhuma comissão.

3.6 - Audiências Públicas

Audiências públicas são reuniões realizadas pelas comissões com a participação de cidadãos, órgãos e entidades públicas ou civis para instruir a análise de alguma proposição em tramitação na Câmara ou para tratar de questões de interesse público relevante que esteja dentro dos temas reservados para a comissão.

Nesse sentido, em dois anos foram realizadas três audiências públicas sobre o tema, sendo duas de ocorrência na Câmara dos Deputados e uma no Senado Federal.

Cabe destacar que no início dos anos 2000, a Câmara dos Deputados instaurou uma chamada Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Mortalidade Materna após uma mobilização das organizações em atuação conjunta com parlamentares daquela legislatura. O debate surgiu em pró de uma grande taxa de mortalidade materna no Brasil e a razão daqueles eventos e suas consequências. As CPIs são instrumentos previstos constitucionalmente para que senadores e deputados possam fiscalizar a administração pública²¹. Na ocasião, parlamentares se encontraram durante todo o ano realizando audiências públicas sobre direitos das mulheres, saúde materna, planejamento familiar e outros assuntos. Foram ouvidos representantes do Executivo Federal, Associações Representativas e a Sociedade Civil.

No início do ano de 2001, foi apresentado o relatório afirmando que

No mundo, como um todo, um quarto das mortes decorre de hemorragias pós-parto. Infecções somam 15%; complicações de aborto, 13%; distúrbios hipertensivos, 12%; trabalho de parto prolongado, 8%. 20% são devidas a causas preexistentes, ou indiretas, sendo algumas das mais importantes, a anemia, malária, hepatite, cardiopatias e Aids. Destas mortes, 90% são evitáveis, e, em sua maioria, por meio de uma melhor assistência à saúde. Conclui-se que o melhor acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério é essencial. (2001, p. 191)

²¹ <https://www12.senado.leg.br/assessoria-de-imprensa/releases/comissao-parlamentar-de-inquerito-o-que-e-e-como-funciona>

3.6.1 - Parto Cesariana (PL 3635/2019)

Realizada em 3 de setembro de 2019 às 10h, na Comissão de Seguridade Social e Família, a solicitação via requerimento do dep Alexandre Padilha (PT/SP) a audiência tinha por objetivo discutir o parto cesariano a fim de instruir os parlamentares acerca daquele tema com opinião de especialistas e representantes de diferentes setores. Na ocasião, foram integrados à discussão representantes do Poder Executivo, Entidades Representativas, Sociedade Civil e docentes.

Na exposição de argumentos, o representante do Ministério da Saúde, Dr. Maximiliano, apresentou pesquisas em relação a alta taxa de cesarianas no Brasil e ainda, a sua não necessidade nos casos. Defendeu a necessidade de um pré-natal qualificado e a presença do acompanhante, sinalizado por ele enquanto pai do feto, para construção de um ambiente seguro. Pontuou que a discussão sobre intervenção deve ser realizada para além das práticas de projetos de lei e sim através de conselhos, associações e federações.

A Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, vinculada ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, apresentou-se favorável ao projeto. Informou que, apesar das altas taxas de intervenções não necessárias, parturientes chegam a óbito aguardando parto cesáreo. Ponderou, todavia, acerca da importância do parto natural, defendendo sua prática, mas afirmou que a partir do momento de escolha da parturiente da intervenção cirúrgica, o parto cesáreo deve ser realizado.

Marianne Pinotti, ginecologista obstetra, defendeu a necessidade de um pré-natal bem realizado e a construção para que seja tomada uma decisão em conjunto. Criticou a postura do Governador de São Paulo após sancionar uma lei com o mesmo teor do que está em discussão apresentado pela deputada estadual Janaina Paschoal (PRTB) afirmando que o Brasil enfrenta uma epidemia de cesáreas e os reflexos da aprovação já são sentidos. Defendeu a importância da cirurgia cesariana quando necessária, entretanto não concorda com a prática indiscriminada. Afirmou que a condição de escolha não é feita em um momento de dor e vulnerabilidade, mas construída ao longo das consultas de pré-natal com as informações esclarecidas. Acrescentou ainda que a opção a cesariana vem através de relatos de violência obstétrica e o medo de enfrentá-la (novamente). Salientou questões como a falta de preparo dos hospitais e equipes médicas para assistências de partos normais afirmando que “basicamente eles têm oito, dez salas para parto cesáreo e uma ou duas salas para parto normal”.

O representante do Conselho Federal de Medicina, Etelvino Trindade, argumentou que dentro de uma pesquisa feita pela Fiocruz as mulheres iniciam a gravidez desejando um parto

normal, mas ao fim da gestação há uma preferência pela cesariana. As razões apresentadas são relacionadas ao medo da dor. Como crítica, foi apresentado que o parto no SUS não é feito de uma forma acolhedora e, quando pedido meios para alívio da dor como a analgesia, não é oferecido. Por fim, se mostrou favorável ao projeto salientando a divulgação da informação e cartazes a respeito da importância do parto normal e os riscos da intervenção cirúrgica.

Daphne Ratter, da ReHuNa, fez alusão aos dados apresentados sobre a alta taxa de cesariana. Na França, um estudo foi concluído mostrando que a taxa de mortalidade em mulheres através de cesáreas era três vezes superior ao número de partos naturais. Indicou também a possibilidade de infecção puerperal e questões voltadas à saúde do bebê, como a incidência da síndrome de angústia respiratória, assim como trabalhos que afirmam que, a longo prazo, há maiores chances de desenvolvimento de doenças crônicas como obesidade, diabetes e hipertensão.

Durante a audiência, a dep. Paula Belmonte (CIDADANIA/DF) interveio afirmando ser uma defensora e ativista do parto humanizado. Fez sequência a tudo que foi comentado pelos demais interlocutores a respeito das altas taxas. Argumentou que nos hospitais brasileiros não há estrutura para o atendimento básico e menos ainda para partos humanizados e normais.

Roselane Feliciano, enfermeira obstetra, pontuou que o material utilizado ainda é a *Tecnologia apropriada para nascimento e parto*, de 1985. O manual traz práticas indevidas e já não mais necessárias, a exemplo da tricotomia e o jejum.

Vale ressaltar que durante a discussão, parlamentares compareceram à sessão e assistiram ao evento. Ao término das exposições, as representantes do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos não estavam mais na audiência.

3.6.2 - Enfrentamento à violência obstétrica no Brasil

No dia 02 de julho de 2019 foi realizada audiência pública na Comissão de Defesa da Mulher, derivado do requerimento 29/2019 da dep. Sâmia Bomfim para debater o tema Enfrentamento à violência obstétrica no Brasil.

No início da exposição das falas, Maximiliano Marques, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, informou que as práticas e orientações médicas sobre gestação, parto e nascimento estão compatíveis com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Não usando o termo violência obstétrica, destacou que os debates são feitos sobre abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entendendo que esses abusos são: desrespeitos e práticas de violência física,

humilhação, abusos verbais, procedimentos não consentidos, falta de confidencialidade, recusa em administrar analgésicos, violações da privacidade, recusa de internação, cuidado negligente.

Defendeu que o combate a tratamento desumano não condiz necessariamente ao Ministério da Saúde cabendo ao Estado Brasileiro e outras esferas como o Ministério da Justiça, segurança pública e outros para proteger as liberdades individuais dos indivíduos. Para garantia dos direitos destacou a Rede Cegonha assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Afirmou que o Ministério tem investido em sua qualificação para ambiência.

Daphne Rattner, Presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento — REHUNA e Professora da Universidade de Brasília (UnB), expôs que a violência obstétrica faz parte da realidade brasileiro de uma entre quatro mulheres. Destacou que o parto foi desumanizado a partir da perspectiva do “parir é coisa de mulher” e a sociedade, em si, é violenta com mulheres. Ponderou que os profissionais de saúde são frutos da nossa sociedade e acometem violência dentro e fora do serviço de saúde. Outro ponto, foi na educação profissional que não considera o indivíduo e suas individualidades e cultura, mas busca o tratamento de doenças e casos, desumanizando aquele que busca ajuda profissional.

Como alternativa para todo o tratamento violento, informou que é necessário que seja feita uma reflexão das práticas e valores por parte dos profissionais, rever a organização da prestação de cuidados e um canal de diálogo possível entre usuárias e profissionais, bem como o empoderamento das mulheres.

Janaína Paschoal, deputada estadual de São Paulo e jurista, argumentou sobre o cuidado para a não banalização do termo violência. Frisou que o fato de uma mãe não ter contato pele a pele com seu bebê e chamar isso de violência não é equiparável a uma mãe que perdeu seu bebê por negação de atendimento. Pontuou que defensores da integridade da gestante apresentam a cesariana como uma violência e que discursam sobre autonomia das mulheres, mas o respeitam apenas quando escolhem fazer um parto normal.

Defendeu que alegar que as mulheres não têm acesso à informação para determinar se querem ou não um parto cesariano é elitista, apresentando que as mulheres são capazes de distinguir e escolher o melhor para si. Destacou que não é democrático que mulheres sejam submetidas a procedimentos para respeitar metas, números e diretrizes de hospitais para receberem mais verba.

Janaína Gentili, advogada especialista em Direito Civil e membro da Associação de Doulas do Rio de Janeiro, destacou sua fala sobre a quem pertence o direito de parir sem estar

amarrada. Questionou a quem pertencia o privilégio de ter um parto humanizado, com possíveis formas de alívio da dor sem serem por meios farmacológicos. Hoje, com o avanço da internet, mulheres podem pesquisar e ter relatos sobre diferentes maneiras de se parir e vislumbrando a possibilidade de ter seus filhos estando acompanhada, sem o uso de fórceps, sem estar amarrada e sem métodos violentos. Se isso é possível, por que deve ser restrito a poucas pessoas. Destacou que no caso da cesariana, existem indicações de cesáreas sem necessidade. Dessa forma, ainda, por que as mulheres desejam uma cirurgia ao invés de um parto normal? Tornaram um processo natural um evento anormal?

Alceu Pimentel, Conselheiro Federal do CFM — Conselho Federal de Medicina, informou que violência obstétrica é uma expressão utilizada que indica abuso praticado por profissionais durante a assistência obstétrica, por todo tipo de profissional. Argumentou que hoje existe omissão por parte do Estado Brasileiro na garantia de condições mínimas para o acolhimento. Destacou ainda que a palavra violência infere a intenção de causar dano e na assistência médica isso não é possível. Ainda, ponderou que procedimentos com uso de ocitocina, fórceps e cesarianas não devem ser utilizados de maneira rotineira. Destacou que a cesariana é uma cirurgia e como tal tem seus riscos e hoje é mais segura do que no passado, porém mais frequente também.

Apontou que existem outras violências dentro da assistência a essas mulheres como a falta de leito nas maternidades e a falta de pré-natal. A mortalidade materna é um ponto que necessita de atenção com causas como hipertensão, hemorragia, infecções e complicações no parto.

Raphael Câmara afirmou não concordar com o termo violência obstétrica. Alegou que violência obstétrica é falta de leito, mulheres no chão, falta de atendimento em hospitais e ainda assim, o termo para esse tipo de ato é violência institucional. Questionou a pesquisa da Fundação Perseu Abramo por ter sido fundada pelo Partido dos Trabalhadores e, por isso, há ideologia envolvida. Salientou que pesquisas sobre aborto e parto estão sempre influenciadas por um viés ideológico e sempre contrários aos obstetras e cesarianas. Defendeu que a episiotomia diminui a laceração de segundo grau e que deve ser realizada em poucas mulheres, que em partos vaginais há o uso de fórceps e a manobra de Kristeller pode ser realizada em situações excepcionais. Destacou que na Coreia do Sul a taxa de cesarianas é equivalente a 40% dos partos e três mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos e no Brasil esse valor corresponde a 70 mortes maternas. Defendeu que a cesariana não é responsável pela mortalidade materna.

Paula De Souza, Defensora Pública do Estado de São Paulo e Coordenadora do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres, buscou defender se o despacho do Ministério

da Saúde que coíbe o uso do termo “violência obstétrica” tem respaldo legal. Destacou que apesar de não existir uma lei federal sobre o tema, usará como base a Lei 23.175/2018 de Minas Gerais, que determina que violência obstétrica é: utilizar termos depreciativos; ignorar as demandas da mulher; recusar atendimento; transferir a mulher para outra unidade de saúde sem que seja garantida vaga; impedir a presença de acompanhante — há inclusive uma lei federal; impedir que a mulher se comunique com pessoas externas aos serviços da saúde, impossibilitando-a de conversar e receber visitas; deixar de aplicar, quando requerido pela parturiente e as condições clínicas permitirem, anestesia e medicamentos ou métodos não farmacológicos; impedir inclusive o contato da criança com a mãe, logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto.

Ponderou que a violência pode ocorrer para além da sua intencionalidade e a OMS determina que não necessariamente sobre a intencionalidade do ato. Aspectos culturais racistas e sexistas permitem que essas práticas ocorram sem a intencionalidade. A defensora destacou também a assinatura do Brasil na Convenção de Belém que define que violência sexual abrange também o não direito de exercer direitos sexuais e reprodutivos. Defendeu ainda que na pesquisa Nascer no Brasil, 70% das mulheres desejam ter um parto normal e questionou o que acontece durante o meio do caminho com essas mulheres.

Monica Sexida, deputada estadual de São Paulo, também se posicionou na discussão alertando que a cesariana estava sendo oferecida como uma alternativa a todos os males causados pela falta de informação, falta de orçamento e uma má orientação profissional.

Parlamentares assumiram o microfone para fazer comentários sobre suas próprias assistenciais ao parto, experienciando momentos positivos e negativos. A dep. Carla Zambelli (PSL/SP), informou que não lhe foi concedida analgesia em nenhum momento apesar de ter solicitado, por outro lado, a dep. Erika Kokay (PT/DF) informou que realizou um parto domiciliar de uma maneira muito tranquila.

Durante a exposição de argumentos, vê-se que os principais pontos para a continuidade das altas taxas de cesáreas ainda são defendidas devido o argumento da “escolha” da mulher. Sem a apresentação de dados ou embasamentos científicos, é defendido que caso a mulher opte por uma cesárea, que seja feita independente da falta da indicação para esse método ou sem tentar sanar as questões que fazem com que uma mulher opte por esse meio. Em contrapartida, obstetras e pesquisadores defensores da humanização do parto indicam que existe uma alta possibilidade de mortalidade materna em cesáreas e ainda que é necessário um acompanhamento de qualidade com uma escuta ativa para deliberação de formas de parir com a gestante, para desse modo, oferecer o melhor para aquela situação. Ainda, não é colocado que

no presente, o parto vaginal é acompanhado de situações degradantes e violentas, fazendo com que mulheres não optem por essa via de parto pelo receio de passar por essas situações.

4. Resultados

Como apresentado por Cirino, Silva e Melo (2021), o tema deve chamar atenção do legislador para ser trabalhado. Para ser pautado a discussão deve receber atenção dos chamados grupos de pressão sendo classificados aqui enquanto sociedade civil e movimentos sociais. O envolvimento midiático também é uma forma de alcançar proporções maiores, incluindo, nessa perspectiva, a sociedade como um todo.

De acordo com os projetos levantados, pode-se perceber que a cada apresentação de proposição, existiu alguma motivação externa. Em 2015, a Revista Época expôs casos de violência obstétrica e rendeu uma resposta dentro do legislativo. Em 2022, diversos casos foram expostos novamente pela mídia através de telejornais e, novamente, o poder público se posicionou. Apesar da necessidade da agenda ser moldada através de demandas externas, a dinâmica dos poderes decisórios como na Câmara dos Deputados e do Senado Federal exigem vontade e capital político. Para que projetos sejam pautados, é necessário que os parlamentares sejam convencidos que aquela temática terá ganhos para sociedade e, não menos importante, para sua carreira eleitoral.

Shepsle (2010), discorre que o interesse final de um parlamentar é alcançar sua reeleição, desse modo, o valor político eleitoral daquele tema deve ser priorizado. Considerando também que as eleições exigem financiamento privado e que o deputado apresente pautas coerentes entre si para não ser prejudicado, o parlamentar deve, ainda, atuar de maneira a não ser mal-quistado dentro de sua base eleitoral. Não obstante, é necessário contextualizar o período vivido. Em 2018, foi eleito o presidente Jair Bolsonaro posicionado politicamente enquanto neoconservador com discursos relacionados à extrema-direita ligado a grupos religiosos. Esse governo não encontra-se isolado diante da onda conservadora que atinge a América Latina.

O parlamento em 2018 sofreu uma grande alteração tendo o Partido Social Liberal (PSL), a mesma legenda do presidente, alcançado a maioria dentro das cadeiras na Câmara dos Deputados. Com discursos alinhados, pautas conservadoras eram mantidas nas discussões da casa e advindas do Poder Executivo Federal. Como ponto de atenção ao projeto 3635/2019, é necessário salientar que a deputada integra a vertente conservadora sendo um dos nomes mais alinhados aos ideais do presidente Jair Bolsonaro. Também é importante relacionar e rememorar que o Ministério da Saúde não utiliza do termo violência obstétrica por não acreditar ser possível imputar uma violência ou crime à uma categoria profissional já que não consta em lei essa prática.

Publicamente, Conselhos Estaduais de Medicina se posicionaram contrários ao termo. Em alguns casos, afirmaram que a utilização do termo violência obstétrica, é na realidade, uma violência contra o obstetra. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia defendeu que o uso da expressão criminaliza o trabalho de médicos e enfermeiros. Alegam ainda, que são exceções que possuem experiências negativas e existe uma tentativa de tornar essas experiências enquanto regra para aplicar o conceito.

Em 2019, ainda, o Conselho Federal de Medicina reiterou que o termo é inapropriado e estigmatiza a prática médica. Ainda assim, apesar do não avanço nas discussões dentro do âmbito federal, diversos estados brasileiros possuem legislações estaduais que coíbem a violência obstétrica, a exemplo de Minas Gerais com a Lei 23175/2018, que dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Em Santa Catarina existe também a lei 17097/2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. No Mato Grosso do Sul através da Lei 5217/2018, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Por fim, o estado de Pernambuco estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco através da Lei 16499/2018.

Diante das discussões realizadas, entende-se que a discussão do termo violência obstétrica no debate público não é relevante politicamente para que seja trabalhada em legislação por grande interferência de corporações que são favoráveis pelas práticas desenfreadas de violência obstétrica, e acima de tudo, por não ser de interesse do parlamento que as mulheres sejam capazes de optar pelo que fazer com seu corpo. A exemplo da violência contra a mulher, vemos quão demorado foi o processo para mulheres não serem, legalmente, subordinadas a seus maridos através do Estatuto da Mulher Casada, pela lei 4.121, de 27 de agosto de 1962 . Ainda é pertinente destacar os altos índices de feminicídio no Brasil. A discussão pela humanização do parto e pelo protagonismo feminino é uma discussão pautada em gênero e como o feminino é violentado, inclusive e em especial, durante o ciclo gravídico-puerperal. Apesar da existência de muitos profissionais da saúde pertencentes ao movimento da humanização como aqueles do Movimento ReHuNa, percebe-se que há uma grande resistência por parte dos profissionais da saúde em reconhecerem que a violência obstétrica existe e que em determinadas situações, aqueles que realizaram o juramento de Hipócrates, são capazes de, intencionalmente ou não, realizar atos que afetem mulheres pelo restos de suas

vidas. Em um recorte socioeconômico, percebe-se que esse grupo possui grande prestígio, o que, pode influenciar diretamente a relação com parlamentares, em especial no contexto atual com uma grande onda conservadora no legislativo.

Também percebe-se que apesar da baixa quantidade de projeto de lei que destacam o termo violência obstétrica e apresentam alternativas como a humanização do parto, os que ainda estão presentes no parlamento são deliberadamente ignorados pelos legisladores sem que exista nenhuma movimentação política em torno deles - produção de pareceres, designação de relatores ou discussões.

Há ainda uma grande resistência para a abolição de procedimentos de rotina comprovadamente desnecessários para o parto. Na audiência pública de 02 de julho de 2019 na Câmara dos Deputados, o médico obstetra Raphael Câmara ainda recomendou que a manobra de Kristeller como um artifício para salvar vidas, quando todos os demais representantes do Conselho Federal de Medicina defenderam que a ação deveria ser extinta.

Acompanhando a ciência, na mesma audiência pública, Daphne Rattner defende que é necessário que os currículos de profissionais sejam atualizados. Não obstante, é preciso retomar o cuidado para olhar para o paciente e não apenas seu quadro clínico, considerando que cada ser humano ali presente possui um nome e uma história. Quanto às discussões dentro das esferas públicas, é preciso considerar que surgem “janelas de oportunidade” para discutir o tema. É necessário construir juntamente com parlamentares e a sociedade civil as discussões sobre a importância do reconhecimento da violência obstétrica e mecanismos para evitá-la, bem como a criação de políticas públicas que permitem que o tratamento humanizado esteja disponível por todo o país com mais maternidades e profissionais, realização de pré-natal completo e bem-feito. O comprometimento da esfera federal permite que a política seja expandida também para municípios e estados com a liberação de orçamento para tal.

Os diálogos com parlamentares devem ocorrer com o maior e mais variado número de deputados e senadores. O tema deve ser amplamente debatido buscando sempre desmistificar falas como “Estão proibindo mulheres de ter cesárea” ou que o parto natural é mais prejudicial e proporciona o aumento da mortalidade materna. É necessário que parlamentares estejam dispostos a levar a pauta adiante e fazer com que a matéria avance sempre dentro do Congresso.

Por fim, é crucial que pessoas que irão parir ou já pariram, estejam cientes de seus direitos e empoderadas. Maternidades devem estar preparadas e dispostas a colaborar com pessoas que estão passando pelo ciclo gravídico-puerperal, oferecendo sempre conhecimento e disposição para que o processo seja o mais brando possível.

5. Conclusão

O debate em torno da violência obstétrica dentro do parlamento no Brasil ainda demonstra um recorte de uma sociedade que não possui como prioridade a defesa das mulheres - tampouco sua saúde e bem-estar. Ainda com um viés conservador fundamentalista, o Estado Brasileiro pouco se posiciona em torno dos direitos sexuais e reprodutivos à exemplo da ausência de discussões nos meios institucionais sobre métodos contraceptivos, aborto e como descrito, da possibilidade de um parto respeitoso. A negação do termo “violência”, ainda que comprovado por relatos de inúmeras brasileiras, é presente dentro do próprio Ministério da Saúde, que supostamente, é o órgão responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros. E como, com a negação de fatos, será dada a devida assistência às mulheres que chegam em hospitais e maternidades para parir?

A discussão, de maneira distorcida e não considerando os danos à saúde e acima de tudo o contexto social, se disfarça de um argumento liberal sobre escolha. É colocado por mulheres, a exemplo da parlamentar Carla Zambelli e Janaína Paschoal, que o parto via cesariana é unicamente uma opção. Não é discorrido por essas personalidades e tampouco por representantes do Ministério da Saúde ou por Conselhos de Medicina que a alta taxa de cesarianas - que corresponde a 55,5% dos partos no Brasil - é superior aos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Também não se discute que uma cesariana possui uma chance três vezes superior à infecção que um parto vaginal. Por último, não é considerado que uma mulher opte por um parto cesariano graças a uma realidade pública que amarra mulheres a macas, realizam cortes sem necessidade e não são permitidas se alimentarem ou se hidratarem. A realidade dos partos do Brasil são solitárias e agressivas, sem nenhuma consideração pelo desejo da mulher e entendimento que de que ali são sujeitos independente da via de parto como visto no caso de São João do Meriti na situação em que uma mulher grávida na sala de parto cesariana foi estuprada pelo anestesista.

No que tange a deliberação nas casas legislativas, o tema não é sequer discutido propriamente ou com uma tramitação fluida. No presente, proposições sobre diferentes temas como jogos eletrônicos e bem-estar animal são deliberadas. Ainda assim, pouco se discute sobre os direitos reprodutivos das mulheres. Percebe-se também casas legislativas com pouca presença feminina e com uma majoritária presença masculina que sequer legisla sobre o tema.

A partir desse recorte, é visto que ainda é relevante para o Estado Brasileiro que se mantenha a obstetrícia dentro de seu modelo tecnocrático afastando a mulher de sua conexão

corpo-mente, tornando o processo hierarquizado a fazer com que os processos de nascimento sejam o mais confortável para os obstetras. Afinal de contas, o resultado desse processo, o produto, sendo aqui o bebê, é mais relevante que a segurança e conforto da parturiente em questão.

Os movimentos sociais em torno da humanização do parto têm sido essenciais para disseminação de conhecimento entre mulheres e pela tentativa de pautar o assunto dentro dos meios institucionais. A ReHuNa, juntamente com a Artemis, tiveram grande destaque através de diálogos com parlamentares para melhoria do texto do PL 7633/2014 de autoria do deputado Jean Willys, que atualmente está apensado ao PL 6567/2013 e não há movimentações ainda. Apesar do pouco avanço em termos legislativos, as organizações continuam ampliando a disseminação de informações através de redes sociais e documentários como a série Renascimento do Parto que conta com diversos especialistas aprofundando a discussão.

Por fim, entende-se que ainda há um longo caminho para que a violência obstétrica seja combatida através de uma lei federal. As mudanças para que essa trajetória se altere devem ser feitas a partir de uma grande pressão entre os parlamentares para que o assunto entre na arena de decisão e seja bem elaborado. Dessa forma, o combate a violência de gênero superará mais um desafio garantindo a possibilidade de um parto sem violência.

6. Referências Bibliográficas

BELLÓN SÁNCHEZ, Silvia (2015). **La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica**. *Dilemata*, 18, p. 93-111

BRASIL. Lei nº 23.175 de dezembro de 2018. *Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado*. *Diário Oficial do Estado, Minas Gerais*. 22 de dezembro de 2018. *Seção 1, Página 4*.

BRASIL. Lei nº 17.097 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. *Diário Oficial do Estado, Santa Catarina*. 19 de janeiro de 2017. *Seção 1, Página 6*.

BRASIL. Lei nº 5217 de junho de 2018. *Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências*. *Diário Oficial do Estado, Mato Grosso do Sul*. 27 de junho de 2018. *Seção 1, Página 5*.

BRASIL. Lei nº 16499 de dezembro de 2018. *Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco*. *Diário Oficial do Estado, Pernambuco*. 7 de dezembro de 2018. *Seção 1, Página 4*.

BOHREN MA, VOGEL JP, FAWOLE B, MAYA ET, MANUG TM, BALDÉ MD, Oyeniran AA, Ogunlade M, Adu-Bonsaffoh K, Mon NO, Diallo BA, Bangoura A, Adanu R, Landoulsi S, Gülmezoglu AM, Tunçalp Ö. **Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey**. *BMC Med Res Methodol* 2018;18(1):132.

CIRINO, A. L. C., SILVA, L. N. da, & MELO, J. R. R. (2021). **Compreendendo a Agenda-setting e o Modelo dos Múltiplos Fluxos de John Kingdon**. *Revista Do Instituto De Políticas Públicas De Marília*, 7(1), 119–132. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/2447-780X.2021.v7.n1.p119-132> Acessado em 10 de novembro de 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistencia ao parto e relacoes de genero**: elementos para uma releitura medico-social. 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. Acesso em: 03 nov. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2005, v. 10, n. 3 [Acessado 15 Novembro 2022] , pp. 627-637. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413->

81232005000300019>. Epub 11 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

DINIZ, Simone Grilo 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**. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. acessos em 15 nov. 2022. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

FACIO, Jessica Silva. GOMES, Angela Quintanilha. **PARTIDOS POLÍTICOS, REPRESENTAÇÃO E ESTRUTURA ORGANIZATIVA PARTIDÁRIA: UM DEBATE CONCEITUAL**. Anais do 10º SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - SIEPE Universidade Federal do Pampa | Santana do Livramento, 6 a 8 de novembro de 2018. Acessado em 15 de Novembro de 2022. Disponível em: https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/16933/seer_16933.pdf

GIACOMINI, Sonia Maria e HIRSH, Olívia Nogueira. **Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe**. Revista Estudos Feministas [online]. 2020, v. 28, n. 1 [Acessado 26 Novembro 2022], e57704. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157704>. Epub 15 Maio 2020. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157704>.

GOES, E. **Um giro epistemológico, contribuição da teoria interseccional nos estudos sobre direitos reprodutivos**. In: TRAD, L. et al. (orgs.). Saúde-doença-cuidado de pessoas negras: expressões do racismo e de resistência. Salvador: EDUFBA, 2021.

LIMA, Kelly Diogo de, PIMENTEL, Camila e LYRA, Tereza Maciel. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, suppl 3 [Acessado 15 Novembro 2022], pp. 4909-4918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>. Epub 15 Nov 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.

LEITE, Tatiana Henriques et al. **Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 27, n. 02 [Acessado 15 Novembro 2022], pp. 483-491. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>.

PAULA, Lemos Paula, RIVA, Léia Comar (2018). **Evolução histórica dos direitos das mulheres no direito de família brasileiro**. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/62448/evolucao-historica-dos-direitos-das-mulheres-no-direito-de-familia-brasileiro> Acessado em 25 de novembro de 2022.

NOGUEIRA, Tanase Adriana. Robbie Davis-Floyd. “**The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**”. In INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, pp. 5-23.

MORE PAULETTI, Jéssica; PORTELLA RIBEIRO, Juliane; CORREA SOARES, Marilu. **Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. Enfermería (Montevideo)**, Montevideo , v. 9, n. 1, p. 3-20, 2020 . Disponível em <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S2393-66062020000100003 & lng= es\ nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100003&lng=es&nrm=iso)>. acessado em 15 nov. 2022. Epub 01-Jun-2020. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>.

PEREIRA, Carlos e MUELLER, Bernardo. **Uma teoria da preponderância do Poder Executivo: o sistema de comissões no Legislativo brasileiro**. Revista Brasileira de Ciências Sociais [online]. 2000, v. 15, n. 43 [Acessado 15 Novembro 2022] , pp. 45-67. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69092000000200004>>. Epub 19 Out 2000. ISSN 1806-9053. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092000000200004>.

PULHEZ, Mariana Marques. “**Parem a violência obstétrica**”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 12, n. 35, pp. 544-564, Agosto de 2013. ISSN 1676-8965.

QUATTROCCHI, P. Epílogo. **Violencia obstétrica, desde América Latina hasta Europa: similitudes y diferencias em el debate actual**. In: QUATTROCCHI, P.; MAGNONE, N. (comp.). Violencia obstétrica em América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Remedios de Escalada: De la UNLa, Universidad Nacional de Lanús. 2020. p. 195-201.

SANTOS, Maryelle Peres da Silva. CAPELANES, Beatriz Castro Souza. REZENDE, Kátia Terezinha Alves. CHIRELLI, Mara Quaglio Chirelli. **Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On**. Ciênc. saúde coletiva 27 (05) • Maio 2022 . Acesso em: 15 de Novembro de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23602021>

SILVA, Samira Souza, LIMA, Eduardo Martins de. 2017. **Os limites do Poder Legislativo para atuar sobre Políticas Públicas**. Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas. v. 3. n.1. Acessado em 5 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322586003_OS_LIMITES_DO_PODER_LEGISLATIVO_PARA_ATUAR_SOBRE_POLITICAS_PUBLICAS>

SHEPSON, Kenneth. *Analyzing Politics: Rationality, Behavior and Institutions*. 2nd Edition. New York: W.W.Nortons, 2010.

TEMPESTA, Giovana Acacia DAVIS, Dána-Ain. 2019. **Reproductive injustice: racism, pregnancy, and premature birth**. New York: New York University Press. 251 p.. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro) [online]. 2021, n. 37 Acessado 15 Novembro 2022 , e21400. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21400.r>>. Epub 23 Jul 2021. ISSN 1984-6487. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21400.r>.

TEMPESTA, Giovana Acacia e FRANÇA, Ruhana Luciano de. **Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica**. Horizontes Antropológicos [online]. 2021, v. 27, n. 61 [Acessado 15 Novembro 2022] , pp. 257-290. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009>>. Epub 06 Dez 2021. ISSN 1806-9983. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009>.

TORRENS, Antonio Carlo. **Poder Legislativo e políticas públicas: uma abordagem preliminar**. 2013. Revista de Informação Legislativa. Número 197. Acessado em 6 de dezembro de 2022. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/50/197/ril_v50_n197_p189.pdf>

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho. URIBE, Magaly Calderón. NADAL, Ana Hertzog Ramos De. HABIGZANG, Fernanda Luíza. **Violência Obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa**. Scielo Brasil, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

ARGENTINA, Ley de proteção integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 2009. Disponível em <https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

VENEZUELA, 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

VIOLÊNCIA Obstétrica: A voz das brasileiras. Produção: Bianca Zorzam, et al. 2012. (51:01 min.), son., color. Youtube. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>>. Acesso em 01 de setembro de 2018.