

(In)segurança humana e violência obstétrica: perspectivas sobre justiça de gênero e saúde

### 1. A violência obstétrica como um acontecimento comum

A violência obstétrica não é uma novidade enquanto modalidade de abuso, desrespeito e maus-tratos contra as mulheres, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2014, a OMS emitiu uma declaração sobre “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”<sup>1</sup>. Segundo a declaração, os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente<sup>2</sup>. Apesar das evidências sugerirem que as experiências de desrespeito e maus-tratos das mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas, atualmente não há consenso internacional sobre a definição desses problemas.

Se, de um lado, o campo acadêmico e as associações e sindicatos dos profissionais de saúde não estão em comum acordo quanto à definição e a magnitude do problema, por outro, já existem iniciativas governamentais e da sociedade civil que visam a preservação dos direitos das mulheres, no contexto da assistência ao parto. A própria OMS (2014) refere a necessidade de um processo inclusivo de implementação e monitoramento da assistência ao parto com a participação das mulheres, comunidades, profissionais e gestores da saúde, formadores de recursos humanos em saúde, organismos de educação e certificação, associações profissionais, governos, interessados nos sistemas de saúde, pesquisadores, grupos das sociedades civis e organizações internacionais. Esse processo, de acordo com a OMS é um esforço para garantir que as situações de abuso, desrespeito e maus-tratos sejam identificadas e relatadas de forma regular e consistente, e que as medidas preventivas e terapêuticas localmente apropriadas sejam implementadas.

No contexto brasileiro, a primeira pesquisa de opinião publicada sobre o tema foi realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo (FPA)<sup>3</sup>. A referida pesquisa entrevistou 2.365 mulheres em 25 unidades da federação brasileira, distribuídas por

---

<sup>1</sup> Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em 26 setembro 2017.

<sup>2</sup> Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979); Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (1993).

<sup>3</sup> Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em 26 setembro de 2017.

todas as regiões do país. Segundo o levantamento, 25% das mulheres entrevistadas afirmaram terem sofrido algum tipo de violência durante o atendimento do parto, o que também foi referido por cerca da metade daquelas que passaram por um aborto. Entre as violências identificadas pelas mulheres entrevistadas se destacam procedimentos como o exame de toque doloroso (10%); a negativa para alívio da dor (10%); a não explicação para procedimentos adotados (9%); os gritos de profissionais ao ser atendida (9%); a negativa de atendimento (8%); e os xingamentos ou humilhações (7%). Outros procedimentos também são considerados invasivos e prejudiciais às mulheres durante o parto: episiotomia de rotina (cortes desnecessário da vulva e da vagina); intervenções de verificação e aceleração do parto (uso massivo de ocitocina sintética); amniotomia precoce; falta de esclarecimento e de consentimento da gestante; restrição de movimentação e posição para o parto (litotomia); restrição da escolha do local do parto (domiciliar ou hospitalar); cirurgias cesarianas (eletivas, por conveniência do profissional obstetra).

Tratam-se de práticas prejudiciais à integridade física e emocional ou ineficazes que tem sido cada vez mais questionadas em decorrência de ausência de indicação terapêutica na maior parte dos casos. Em outras palavras, são práticas de uso massivo que desconsideraram as particularidades de cada caso, os estudos baseados em cuidados e evidências científicas que as reputam desnecessárias. Cada vez mais tem sido consideradas desumanas e degradantes, uma violação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, da dignidade das mulheres.

De acordo com a pesquisa da FPA (2010), uma em cada quatro mulheres (25%) ouviu de algum profissional, durante a assistência ao parto, frases como: “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%), “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%), “se gritar eu paro agora o que estou fazendo” (6%), “se ficar gritando seu neném vai nascer surdo” (5%).

O dossiê “Violência Obstétrica: parirás com dor” (2012)<sup>4</sup> defende que a humanização do atendimento ao parto e ao nascimento é uma reivindicação de defesa dos direitos das mulheres, das crianças e das famílias a uma assistência não-violenta ao nascimento e baseada em direitos humanos.

No parlamento brasileiro, o tema da violência obstétrica foi desenvolvido através de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), no Senado Federal. O

---

<sup>4</sup> Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

relatório produzido por essa comissão (2013)<sup>5</sup> constatou que as ações que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo não têm sido suficientes para mudar a realidade das mulheres que passam por situações de maus tratos durante o parto. A comissão recomendou que fossem intensificadas as ações junto aos estados para prevenir e punir a violência obstétrica, bem como que fossem desenvolvidas campanhas para que as mulheres possam conhecer seus direitos e não aceitem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo.

Em 2016, foi lançado um inquérito nacional sobre parto e nascimento “Nascer no Brasil”<sup>6</sup>, contemplando uma amostra representativa dos partos hospitalares de todo o país (266 maternidades públicas e privadas com 500 ou mais partos anuais em 191 municípios). A pesquisa entrevistou mais de 23 mil mulheres e mostrou que as práticas prejudiciais ou ineficazes ainda são rotina no país. Entre as entrevistadas, 70% foram puncionadas (à piquer), 40% receberam ocitocina sintética e 40% passaram por amniotomia. Entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas a epsiotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo). Somente 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e 18,7% contaram com acompanhante. Apenas 5% tiveram partos sem nenhuma intervenção.

Os dados sumariamente apresentados nos permitem afirmar que a violência obstétrica existe e tem sido bastante praticada nos partos hospitalares no Brasil. A ordinaryidade desses acontecimentos tem gerando diferentes compreensões sobre sua concreta necessidade.

## 2. A violência obstétrica como uma violência contra as mulheres

A característica essencial da violência contra as mulheres é que ela é decorrente de uma estrutura desigual de gênero, na qual as mulheres ocupam uma posição de subordinação com relação aos homens. Essa hierarquização proporciona uma desvalorização sistemática da vida das mulheres e das meninas, o que se reflete na baixa alocação de recursos (culturais e econômicos) nos cuidados com relação à maternidade, em diversos países do mundo. As mulheres em trabalho de parto ou no puerpério, nesse contexto,

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>

<sup>6</sup> Disponível em [http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario\\_executivo\\_nascer\\_no\\_brasil.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf)

tem poucas escolhas e, na maior parte das vezes, quando são consultadas, concordam com os profissionais de saúde com práticas desnecessárias, especialmente porque estão vulneráveis e sem um acompanhante<sup>7</sup>.

As situações de abuso, desrespeito e maus-tratos, como também o uso rotineiro de práticas ineficazes ou desnecessárias contra as mulheres em trabalho de parto ou no puerpério se constituem em razão de uma discriminação estrutural contra as mulheres.

Se a violência obstétrica existe, ainda que não haja consenso em relação ao nome sob a qual se deva conhecer suas práticas, também é verdade que não há consenso sobre o modo pelo qual o mundo jurídico deveria responder a esse problema. Ainda que diferentes instrumentos normativos internacionais reconheçam a importância e a urgência de uma aplicação universal dos direitos e princípios relativos a igualdade, segurança, liberdade, integridade e dignidade em relação às mulheres<sup>8</sup>, há um debate necessário sobre a correlação entre as principais categorias de violência obstétrica e as correspondentes violações dos direitos das mulheres.

Para contribuir nesse debate, elaboramos o quadro abaixo, a partir de outros estudos e exemplos:

Quadro 1. Categorias de violência obstétrica e violações de direitos

<b>Categoria</b>	<b>Violação de direitos</b>	<b>Exemplos de práticas prejudiciais ou ineficazes</b>
Abuso físico	Direito à integridade física e moral	Infusão intravenosa de rotina (puncionamento), episiotomia de rotina, amniotomia precoce, restrição de movimentação, posição para o parto (litotomia), manobra de Kristeller (pressionar a parte superior do útero para acelerar a saída do bebê).
Intervenções não consentidas	Direito à informação, ao consentimento informado	Restrição ou impedimento da presença do acompanhante. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos. (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.).
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à integridade moral e psíquica.	Comunicação desrespeitosa que subestima e ridiculariza a dor das mulheres. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação	Direito à igualdade, à	Tratamento diferenciado das mulheres

<sup>7</sup> Jewkes R, Penn-Kekana L . Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. PLoS Med12(6). 2015. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>.

<sup>8</sup> Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (1993).

baseada em estereótipos	não-discriminação	em razão de raça, classe social, nacionalidade, crença religiosa etc.
Abandono, negligência e recusa de assistência	Direito à segurança, direito à saúde, à assistência no padrão mais elevado possível	Desmoralização dos pedidos de alívio da dor ou de conforto (água, alimento, deambulação).
Detenção em hospital	Direito à liberdade, à proteção contra detenção arbitrária.	Em instituições privadas de saúde, o não pagamento integral da conta não pode ser razão suficiente para impedir a alta da mulher.

Fonte: elaborado a partir de Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD (2015).

De acordo com o Quadro 1, observamos uma série de violações de direito fundadas em práticas prejudiciais e discriminatórias que comprometem a capacidade das mulheres de exercerem suas escolhas reprodutivas com segurança e liberdade. Os exemplos elencados não são exaustivos, apenas pretendem ilustrar as ocorrências mais prevalentes, de acordo com estudos e pesquisa na área.

Desde o âmbito internacional, várias dispositivos normativos de proteção de direitos humanos mencionam um conjunto de deveres do Estado e dos particulares quanto à proteção dos direitos das mulheres. Para o tema da violência obstétrica, nos interessa compreender os direitos intrinsecamente vinculados aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Vale reparar que a gramática atualmente utilizada - direitos sexuais e direitos reprodutivos – é recente e não consensuada no âmbito do sistema global de proteção dos direitos humanos (ONU). Entre os países latino-americanos e do Caribe temos o Consenso de Montevideo, formado na 1ª Reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe, de 12 a 15 de agosto de 2013, no Uruguai. O Consenso de Montevideo destacou que esses direitos merecem especial atenção em três segmentos populacionais: adolescentes, jovens e mulheres indígenas. Disponível em [http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/0/50700/2013-595-Consenso\\_Montevideo\\_PyD.pdf](http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/0/50700/2013-595-Consenso_Montevideo_PyD.pdf). Nesse documento, os membros da CEPAL reafirmam que: (i) a promoção e proteção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos são essenciais para a justiça social e os compromissos nacionais, regionais e mundiais para o desenvolvimento sustentável, em seus três pilares: social, econômico e ambiental; (ii) os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são parte integral dos direitos humanos e seu exercício é essencial para o gozo de outros direitos fundamentais e para alcançar as metas internacionais de desenvolvimento e eliminação da pobreza. De outro modo, por ocasião da 47ª Sessão da Comissão de População e Desenvolvimento (CPD) das Nações Unidas, de 07 a 11 de abril de 2014, a linguagem adotada no documento final reafirmou o que já havia sido acordado no Programa de Ação da Conferência Internacional de Cairo (1994): a resolução reitera o reconhecimento de que a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos são centrais para a realização da justiça social e para o cumprimento dos compromissos pelo desenvolvimento sustentável. Dessa forma, o documento não adotou a perspectiva de direitos humanos para o desenvolvimento sustentável, tampouco incorporou a gramática dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos, na forma como postulavam diferentes grupos de pressão, entre os quais o de mulheres e o LGBTTTI (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros e pessoas intersexuais).

A partir de outros estudos<sup>10</sup> e do conjunto de instrumentos normativos internacionais que reconhecem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres, elaboramos o quadro abaixo:

<b>Direitos fundamentais de reconhecimento internacional</b>	<b>Implicações em matéria de saúde sexual e reprodutiva</b>
Direito à vida	Não morrer por causas evitáveis relacionadas ao parto, ao puerpério e aborto clandestino.
Direito à saúde	Direito à assistência por profissionais especialmente capacitados nas áreas da saúde das mulheres e das meninas.
Direito à liberdade, segurança e integridade pessoal	Não ser submetida a torturas, tratamentos degradantes; direito de estar livre de todas as formas de violência; direito de viver uma vida sem medo (segurança).
Direito de decidir o número e o intervalo entre o parto dos filhos	Autonomia reprodutiva para desenvolver um plano de procriação e de parto com assistência médica ou de uma pessoa habilitada e de sua confiança (enfermeiras obstetrias ou doulas)
Direito à intimidade	Garantia da presença de um acompanhante em parto hospitalar para o mais elevado nível de segurança da mulher
Direito à igualdade e não-discriminação	Não ser discriminada em razão de classe social, raça ou etnia, nacionalidade, nível de escolaridade, pertencimento religioso.
Direito à informação adequada e oportuna	Acesso à informação em linguagem adequada e respeitosa, sempre que houver dúvidas.
Direito de modificar os costumes discriminatórios contra as mulheres	Direito de transformar práticas que prejudicam a saúde reprodutiva das mulheres a partir dos mecanismos de controle e monitoramento social.
Direito de gozar do progresso científico	Direito de desfrutar das descobertas e dos avanços científicos e tecnológicos em matéria de cuidados e evidências científicas em saúde materno-infantil.

O quadro 2 sugere uma série de elementos subjacentes à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, formulados em termos de direitos sexuais e de direitos reprodutivos. No âmbito da proteção global de direitos humanos, o direito internacional dos direitos humanos<sup>11</sup> aporta conceitos e categorias descritivas instando aos Estados partes para que empreendam uma busca permanente para elevação dos padrões de eficácia dos direitos das mulheres em um mundo em que as diferenças são tomadas como instrumentos para a preservação de padrões de desigualdades, os quais resultam em menor capacidade de agência para uma vida com dignidade e segurança.

<sup>10</sup> Ver FACIO, Alda. Los derechos reproductivos son derechos humanos. San Jose: IIDH, UNFPA, 2008.

<sup>11</sup> Além dos citados anteriormente, ver **Plataforma de Cairo (1994) e de Beijing (1995)**

É preciso compreender que a capacidade de agência ou os modos pelos quais as pessoas que são controladas encontram maneiras de resistir ou subverter as formas de controle e os seus limites. Nesse sentido, a capacidade de agência das mulheres está relacionada com as condições de possibilidades de fazer escolhas. As escolhas são uma consequência de padrões e valores sociais que nos definem a partir da nossa inserção em um contexto de relações sociais concretas. Portanto, as escolhas das mulheres, no contexto do parto, do puerpério ou do aborto são realizadas em meio a pressões, interpelações e constrangimentos que não são necessariamente percebidos como tal. Entre as escolhas e as pressões contingenciais presentes nos eventos relacionados à gestação e ao parto não é possível ignorar as marcas de vulnerabilidade e de (in)segurança nas experiências das mulheres. Em outros termos, o exercício das faculdades relacionadas ao processo de escolha está diretamente relacionado à posição social das mulheres em um mundo organizado a partir de estruturas hierarquizadas de atribuição de vantagens e oportunidades. Como podemos reivindicar maior segurança para as mulheres na gravidez e no parto se a sua capacidade de escolha é aprisionada em um modelo de assistência ao parto dominado por uma lógica de subjugação dos seus corpos, dos seus desejos e dos seus direitos?

### 3. A reivindicação por segurança

Há consenso de que a obstetrícia moderna cumpre um papel importante no contexto de uma gravidez de alto risco, ou mesmo nas eventuais emergências ocorridas no transcurso de um trabalho de parto. No entanto, o paradigma biomédico contemporâneo, na medida em que inscreveu a gravidez na lógica do risco e da patologia, padronizando os atendimentos engendrou uma realidade hierarquicamente estruturada na instituição hospitalar, em que as tecnologias de intervenção no corpo estão cada vez mais integradas ao *habitus* das sociedades ocidentais da contemporaneidade (SCAVONE, 2012).

O parto, outrora um evento familiar e doméstico, é transferido para um ambiente profissionalizado, que nega as pacientes e aos seus acompanhantes a oportunidade de decidirem racionalmente sobre o que é melhor para si. O processo de assujeitamento às técnicas e aos procedimentos médicos tornam as mulheres, de um lado, sem qualquer potência ou capacidade para se autogerirem e, de outro, meros objetos de intervenção biomédica. Aquilo que hoje alguns grupos da sociedade civil organizada afirmam ser

uma violência é tomado pelos profissionais e pelas pessoas, em geral, como práticas de rotina que visam tão somente o melhor resultado útil possível (PIMENTEL, et.al., 2014). A ideia de segurança, em sociedades ocidentais, nos remete ao ideário do contratualismo clássico de Hobbes e Rousseau quando propõem que as pessoas escolheram abandonar o “estado de natureza” para formar uma sociedade civil em busca de proteção. Na contemporaneidade, a primeira referência em um documento oficial sobre a ideia de segurança humana aparece no Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 1994. Nesse documento, o conceito de segurança realiza um descentramento: de uma abordagem centrada na razão do Estado, relacionado a proteção do território e das fronteiras nacionais para uma abordagem transindividual, relacionada com a capacidade de estar seguro, de garantia de que as pessoas possam exercer suas escolhas com liberdade. A segurança humana, portanto, possui uma dimensão objetiva, de ausência de ameaças, danos e riscos, e outra subjetiva, de ausência de medo.

No caso das gestantes e das mulheres em puerpério, em especial, a reivindicação por segurança no manejo do parto é uma expressão do volume de relatos de maus tratos, negligência, abusos físicos, emocionais e verbais praticados por profissionais que tem o dever ético e profissional de zelar pela vida das mulheres. Quando há temor pela integridade física e não atendimento de necessidades básicas temos dois componentes para pensar a correlação entre insegurança e violência obstétrica.

Este reconhecimento é um aspecto essencial da segurança humana, a qual vela pelo empoderamento ou “desenvolvimento das capacidades dos indivíduos e das comunidades”, para que estes possam fazer as suas próprias escolhas, agir de maneira informada, isto é, encarregar-se das suas existências satisfazendo as suas necessidades básicas e “ganhar a sua vida” (CSH, 2003: 4)

É necessário esclarecer que o desenvolvimento das técnicas e das práticas no campo da biomedicina possibilitou melhorar a qualidade dos cuidados e intervir para remediar situações de risco de morte. Entretanto, o uso massificado e intensivo de tais técnicas e práticas tem se transformado em fonte de múltiplas formas de violências contra as mulheres, aumentando a percepção de que a gravidez e o parto são fontes de maus tratos e de violação dos direitos humanos das mulheres.

Ao problema específico da violência obstétrica, se soma o racismo institucional que atinge mulheres indígenas e negras atendidas pelos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a seletividade de práticas discriminatórias pode variar de acordo com o

pertencimento a diferentes marcadores sociais como classe, raça/etnia, gênero, nível de escolarização, pertencimento religioso entre outros. A consequência de tal seletividade é que mulheres negras ou indígenas e pobres estão mais vulneráveis às diferentes formas de expressão de violências contra as mulheres, tal como demonstram os indicadores de morbimortalidade materna no país.

A hegemonia do conhecimento biomédico em relação à assistência ao parto e ao puerpério reforçou uma lógica colonial e mercadológica, que tem como marco orientador a intervenção sobre o corpo feminino. Em contraposição a este processo, surgiu o movimento pela humanização do parto e do nascimento reivindicando o reconhecimento do corpo feminino como capaz de gestar e parir. Neste sentido a autonomia da mulher quanto às escolhas na gestação e parto é reiterada.

As relações entre profissionais e profanos, como classifica Bourdieu (2010), se estabelecem de forma assimétrica. Esse aspecto pode ser percebido na relação médico-paciente existente no modelo biomédico e, especificamente no modelo de assistência obstétrica, em que se atribui ao corpo da mulher um valor social inferior ao da criança.

Martin (2001) discorrendo sobre a associação entre o desenvolvimento da biomedicina e da industrialização, afirma que a assistência ao parto entrou numa lógica de consumo de tecnologias e inscreveu-se como uma linha de produção, manejada pelo especialista técnico (o obstetra cirurgião). Vale ressaltar que o conhecimento médico se constitui eminentemente como um lugar masculino e o desenvolvimento de sua linguagem constrói, reproduz e corrobora as assimetrias e desigualdades de gênero.

Alguns trabalhos no campo dos estudos de gênero (DEL PRIORI, 1997; LAQUEUR, 2001; MARTIN, 2001) demonstram que a instauração do conhecimento médico trouxe consigo um modelo de assistência ao parto pautado na intervenção sobre o corpo feminino, que deveria ser escrutinado pela disciplina da obstetria.

O modelo biomédico alimenta uma visão patologizante do parto, justificando a necessidade da intervenção como forma de diminuir os riscos inerentes ao ato de parir. A medicalização do corpo feminino serve tanto para exercer controle sobre reprodução e sexualidade, quanto para reafirmar a mulher como ser incompleto e incompetente. Isto perpetua desigualdades, performatizando uma relação colonial de poder. Uma das principais características do padrão de poder colonial é pensar a estrutura da realidade em termos de hierarquias, nas quais as pessoas ou populações conotadas como ‘menos desenvolvidas’ devem estar sob a tutela dos denominados ‘mais desenvolvidos’, de

maneira que o próprio desenvolvimento seja tutelar (NASCIMENTO & MARTORELL, 2013).

### **NÃO SEI SE ENTRA ESSA PARTE – LEIS LATINO-AMERICANAS**

Alguns países a realidade da violência obstétrica mereceu atenção do Poder Legislativo. Na Argentina, a Lei 26.485/2009 (Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales) define a violência obstétrica como ‘aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929’ (refere-se a Ley de Parto Humanizado).

Na Venezuela, a ‘Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia’ (2007) conceitua a violência obstétrica da seguinte maneira:

‘Artículo 15. Formas de violencia. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes:

[...]

13. Violencia Obstétrica: se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres’.

A lei venezuelana define os atos constitutivos da violência obstétrica:

‘Artículo 51. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- 1.- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- 2.- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- 3.- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- 4.- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- 5.- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la

mujer. En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Em México, o Senado aprovou a modificação da ‘Ley General de acceso a una vida libre de violencia’, em 30 de abril de 2014, e incluiu o artigo 6º que define por violencia obstétrica como ‘toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio’.

Nos três exemplos citados, a tipificação da violência obstétrica foi desenvolvida a partir de marcos legais internacionais como a Convenção CEDAW e Convenção de Belém do Pará, as quais tratam de das situações de discriminação e violência contra as mulheres.