

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

IRISANGELA GAMBARDELA NUNES TEIXEIRA

DIREITOS DE CIDADANIA PARA O PARTEJAR HUMANIZADO

VITÓRIA
2020

IRISANGELA GAMBARDELA NUNES TEIXEIRA

DIREITOS DE CIDADANIA PARA O PARTEJAR HUMANIZADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Angela Maria Culyt Santos da Silva

Área de concentração: Política de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Processos Sociais e Sujeitos de Direitos.

VITÓRIA

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

T266d Teixeira, Irisangela Gambardela Nunes
Direitos de cidadania para o partear humanizado / Irisangela
Gambardela Nunes Teixeira. - 2020.
119 f.: il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Angela Maria Caulyt Santos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Políticas públicas. 2. Saúde pública. 3. Gestação. 4.
Violência obstétrica. 5. Parto humanizado. I. Silva, Angela Maria
Caulyt Santos da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 305.40952

IRISANGELA GAMBARDELA NUNES TEIXEIRA

DIREITOS DE CIDADANIA PARA O PARTEJAR HUMANIZADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 01 de julho de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Angela Maria Caulyt Santos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora

Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof. Dr. Luiz Alberto Sobral Vieira Junior
Universidade Federal do Espírito Santo - Ufes

AGRADECIMENTOS

Dedico esta dissertação primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, meu socorro presente nas horas mais difíceis.

A Orlando Gambardella e Iris Gambardella, meus avós, que não estão mais neste mundo, mas sempre estarão presentes na minha mente e no meu coração, pois também fizeram parte do meu saber.

A Luiz e Angela, meus pais; a Klinger, meu esposo; a meu irmão, a meus filhos e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Aos professores do mestrado, em especial a Angela Caulyt, minha orientadora, com quem convivi durante esse período e aprendi a admirar por sua competência e humildade.

Ao Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM e às pessoas com quem convivi nesses espaços, ao longo desse período.

A linguagem é estudada não apenas enquanto forma linguística, mas também enquanto forma material da ideologia, considerando que o conhecimento produz relações de força e de poder (CAREGNATO, 2006, p. 679).

RESUMO

A dissertação delinea os limites que abrangem o partear humanizado na relação entre gestante e equipe de atendimento como tema direcionado a um cenário em que os envolvidos com a gestação estão descobrindo gradativamente seus direitos. A pesquisa se justifica como necessidade de devolver à mulher o parto humanizado, como direito máximo ao protagonismo de sua gestação, seu parto e seu puerpério, viabilizando a reconstrução dos vínculos presentes entre mãe/feto em antagonismo à violência obstétrica. Para a fundamentação teórica, apoia-se em legislações nacionais e internacionais, bem como em autores que descrevem a humanização do parto como princípio e direito da gestante. Na contextualização da problemática definiram-se os limites dos procedimentos necessários e a violência obstétrica. A problematização da pesquisa concentra-se no conhecimento sobre a tênue linha que separa os procedimentos adotados para o atendimento da gestante em um partear humanizado e a violência obstétrica. Como identificá-los? Como englobar sugestões relativas ao enfrentamento para o bem-estar da mulher? Objetiva-se descrever a contextualização dos direitos ao parto humanizado, situados entre os limites do procedimento necessário em um atendimento e da violência obstétrica, ao identificar os cuidados e as consequências gerados pela atuação da equipe de atendimento a gestante. A pesquisa é qualitativa, documental, bibliográfica e descritiva. Para a coleta dos dados, utilizaram-se bancos de dados *online* — artigos, dissertações e teses — e livros sobre a temática. Na revisão bibliográfica, temas foram explorados, como parto humanizado, violência obstétrica (história e conceitos) e temas transversais, classificações, expondo aspectos qualificadores sociais e históricos que visam sustentar as práticas violentas contra as gestantes e as puérperas. Emprega-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin, com vistas à compreensão de que o direito ao partear humanizado tem como fundamentação diferentes questões enquadradas nos direitos humanos e relacionadas diretamente à área da saúde e ao meio social devido a desconhecimento das gestantes sobre os seus próprios direitos. Busca-se o conhecimento para que haja enfrentamento efetivo e ampla mudança no cenário das práticas obstétricas, para direcionar o trabalho e promoção de ações para humanização através de implantação políticas públicas voltadas ao cuidado na saúde em relação aos aspectos constitutivos apontados pela violência obstétrica no Brasil.

Constatou-se que há inexistência de legislações específicas sobre a garantia de direitos à mulher para o parto humanizado com a presença de procedimentos desnecessários considerados violência obstétrica. Verificou-se a necessidade de implantar o tema parto humanizado e violência obstétrica no currículo de formação dos profissionais da área da saúde, bem como, ser discutido amplamente na sociedade os direitos das gestantes para o parto humanizado. Conclui-se que há necessidade de aprofundamento na temática com vistas à mulher garantir seus direitos e a equipe de profissionais rever o exercício profissional com maior amparo da bioética.

Palavras-chave: Políticas públicas. Saúde Pública. Gestação. Violência obstétrica. Parto humanizado.

ABSTRACT

The dissertation outlines the limits that encompass humanized midwifery in the relationship between pregnant women and the care team as a theme directed to a scenario in which those involved with pregnancy are gradually discovering their rights. The research is justified as the need to return humanized childbirth to women, as the maximum right to the protagonism of their pregnancy, their birth and their puerperium, enabling the reconstruction of the bonds between mother / fetus in antagonism to obstetric violence. For the theoretical foundation, it relies on national and international legislation, as well as on authors who describe the humanization of childbirth as a principle and the right of pregnant women. In the context of the problem, the limits of the necessary procedures and obstetric violence were defined. The problematization of the research focuses on knowledge about the fine line that separates the procedures adopted for the care of pregnant women in a humanized delivery and obstetric violence. How to identify them? How to include coping suggestions for women's well-being? The objective is to describe the contextualization of the rights to humanized childbirth, situated between the limits of the necessary procedure in care and obstetric violence, by identifying the care and consequences generated by the performance of the care team for pregnant women. The research is qualitative, documentary, bibliographic and descriptive. For data collection, online databases - articles, dissertations and theses - and books on the subject were used. In the bibliographic review, themes were explored, such as humanized childbirth, obstetric violence (history and concepts) and transversal themes, classifications, exposing social and historical qualifying aspects that aim to sustain violent practices against pregnant women and women who have recently given birth. Bardin's content analysis technique is used, with a view to understanding that the right to humanized midwifery is based on different issues framed in human rights and directly related to the health area and the social environment due to the pregnant women's lack of knowledge about their own rights. Knowledge is sought so that there is an effective confrontation and a wide change in the scenario of obstetric practices, to direct the work and promotion of actions for humanization through the implementation of public policies aimed at health care in relation to the constitutive aspects pointed out by obstetric violence in Brazil. It was found that there is no specific legislation on guaranteeing women's rights to deliver

humanized births with the presence of unnecessary procedures considered obstetric violence. There was a need to implement the theme of humanized childbirth and obstetric violence in the training curriculum of health professionals, as well as to be widely discussed in society the rights of pregnant women to humanize midwives. It is concluded that there is a need to deepen the theme in order for women to guarantee their rights and the team of professionals to review professional practice with greater support from bioethics.

Keywords: Public policies. Public health. Gestation. Obstetric violence. Humanized birth.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Demonstrativo de dados da pesquisa Nascer Brasil.....	15
Figura 2 - Trajetória pelo tipo de parto em primíparas, segundo fonte de pagamento do parto.....	16
Figura 3 - Trajetória pelo tipo de parto em múltiparas, segundo fonte de pagamento do parto.....	17
Figura 4 - Demonstração de parto com uso de fórceps.....	58
Figura 5 - Demonstração de episiotomia.....	60
Figura 6 - Demonstração da manobra de Kristeller.....	61
Gráfico 1 - Percentual comparativo de partos da rede pública no Brasil (2007-2011).....	64
Gráfico 2 - Percentual comparativo de partos da rede privada no Brasil (2007-2011).....	65
Quadro 1 - Principais fontes pesquisadas.....	26
Quadro 2 - Categorias de violência obstétrica e suas equivalências na área do Direito e exemplos.....	42
Quadro 3 - Comparativo de direitos relativos à mulher.....	43
Quadro 4 - Alguns modos de violência mais comuns durante o parto.....	44
Quadro 5 - Fragmentos de relatos de violência obstétrica segundo categorias de desrespeito e abuso durante o parto e o nascimento entre mulheres que visitaram a Exposição Sentidos do Nascer (BRASIL, 2015-2017).....	66

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEDAW	<i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNM	<i>Consejo Nacional de las Mujeres</i>
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
ECRIAD	Estatuto da Criança e Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
Febrasgo	Federação Brasileira de Ginecologia/obstetrícia
GM	Gabinete do Ministro
Inmujeres	<i>Instituto Nacional de las Mujeres</i>
Inmujeres/Mides	<i>Instituto Nacional de las Mujeres - Ministerio de Desarrollo Social</i>
MPF/SP	Ministério Público Federal em São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
Psol/RJ	Partido Socialista/Rio de Janeiro
Rehuna	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO.....	28
2.1 AS LEIS DE PROTEÇÃO À GESTANTE E AO PARTO.....	34
2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	40
2.3 TIPO DE PROCESSO E RESPONSABILIZAÇÃO.....	48
2.4 O DANO À PACIENTE.....	51
3 O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	53
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	68
3.2 OS ESTADOS MEMBROS DA AMÉRICA DO SUL E AS LEIS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	75
4 A PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO NOS HOSPITAIS.....	85
4.1 O PARTO E O DIREITO À HUMANIZAÇÃO.....	89
4.2 DOULAS E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	100
4.3 AS DIFICULDADES DO PARTO HUMANIZADO.....	103
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS.....	111

1 INTRODUÇÃO

Observando-se o contexto do partejar humanizado, constata-se que a mulher sempre teve a primazia do processo do nascimento desde a concepção, passando pelo trabalho de parto e pelo parto em si.

Segundo Brenes (1991), até o final do século XVIII o parto era o evento *nascimento*, sempre vislumbrado como um fato natural, realizado estritamente de forma privada e domiciliar. Em situação restrita, a parturiente recebia o auxílio de outras mulheres, reservado a um círculo fechado de sua confiança, onde uma delas, geralmente com mais experiência, denominada parteira, auxiliava no transcórre do trabalho de parto, realizado no próprio ambiente de vivência das gestantes, junto a seus familiares. Os partos ocorriam, portanto, em um ambiente favorável e amistoso. A parteira também prestava os primeiros cuidados ao recém-nascido, fato constatado independentemente de cultura, situação financeira ou regionalidade atribuída às sociedades. É o que Nagahama e Santiago (2005, p. 655) destacam:

Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade –, pois, em sua dedicação à atividade como um sacerdócio, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Sendo assim, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais. Neste período, o atendimento ao nascimento era considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos pois não estava à altura do cirurgião – o homem da arte. Além disso, os médicos eram raros e pouco familiarizados em assistir o parto e nascimento.

No Brasil, demonstra-se que a medicina apresentou interesse inicial pelo parto, gerado posteriormente à inauguração das escolas de medicina e cirurgia localizadas nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro na data de 1808, dando o surgimento dos denominados parteiros ou médicos-parteiros. No entanto, mesmo com a regulamentação e a instauração necessárias para os cursos de obstetrícia funcionassem nessas escolas, havia um desafio enorme a ser enfrentado rotineiramente pelos estudantes, que se marcava pela falta de parturientes no

ambiente hospitalar, o que impunha dificuldades imensuráveis para a realização das aulas práticas, vindo a serem criadas pelos médicos docentes, na ocasião, inúmeras campanhas que destacavam a saúde das mulheres no período gestacional, com o intuito de atrair sua atenção para os benefícios ofertados por um hospital, defendendo a solução imediata desse problema, como descrito:

Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam esses conceitos, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de "puericultura intrauterina", como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção a mulher (BRASIL, 2001a, p. 12).

Segundo Brenes (1991), a propaganda massiva teve a finalidade de forçar as mulheres a procurarem os hospitais para terem seus bebês. Os médicos apresentaram sugestão ao governo da época que se resumia em obrigar todos os brasileiros a apresentarem seus bebês para controle do governo, com intuito de realizar um registro geral de nascimento, em que constariam informações detalhadas como data, hora e local de nascimento, nome do recém-nascido e sua ascendência genética, entre outros dados caracterizados como relevantes. Eles alegavam uma determinada facilidade se o parto transcorresse no ambiente hospitalar, levantando-se a justificativa da necessária diminuição dos números de abortos e infanticídios que se faziam presentes no país. De acordo com Minayo (2005, p. 14) que caracteriza:

[...] os eventos violentos descobrem que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas se há violências condenadas [...].

Após o inicial interesse da medicina pelo parto, até então considerado um evento restrito de posse particular, integra-se a ação, de modo a deixar de caracterizar algo considerado natural do corpo e uma particularidade da mulher para adquirir *status* de

algo que se torna característico da esfera patológica, cabendo a necessidades de intervenções da equipe responsável pela parturiente. Nesse sentido, Foucault (2000, p. 301-2) destaca o parto como evento.

[...] cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores.

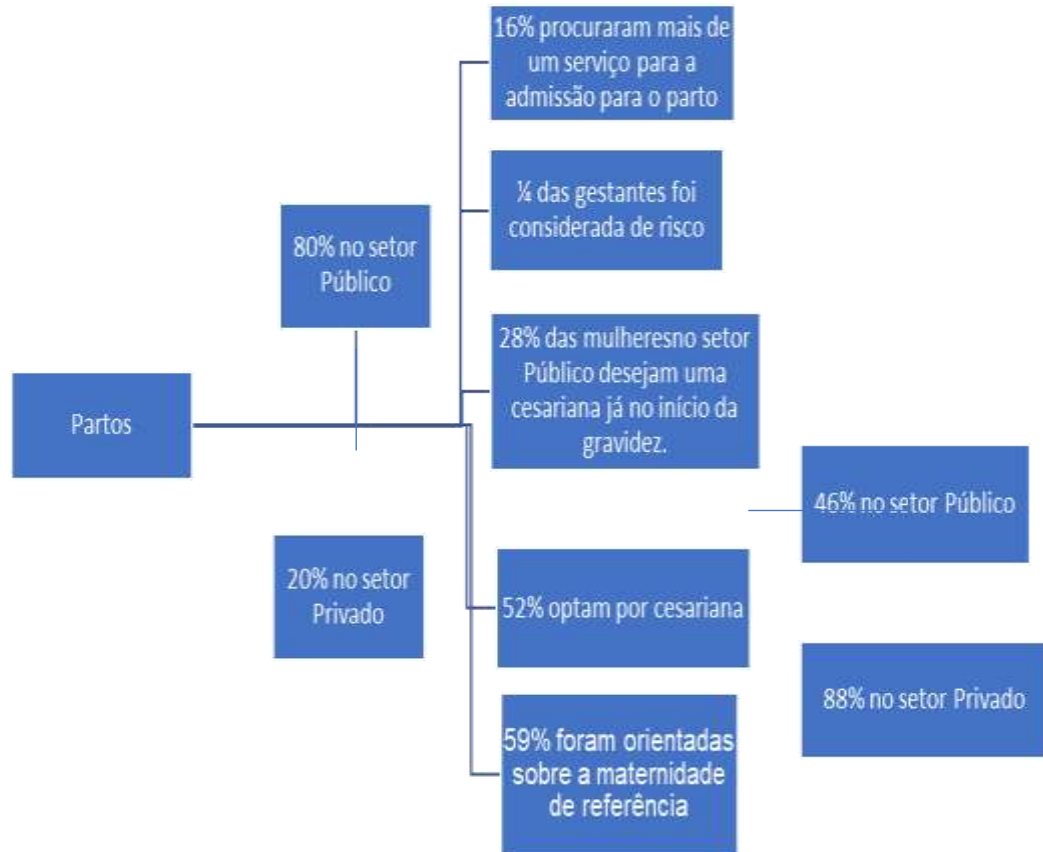
A história permitiu a análise de um dado momento do século XX, entre as décadas de 70-80, quando se iniciou uma mudança direta do paradigma, localizado principalmente nos centros urbanos, e atribuiu-se à mulher um papel meramente secundário diante desse processo, o que deu margem à desvalorização do seu protagonismo, com o surgimento do protagonismo dedicado aos profissionais da medicina que, nesse caso, são denominados cirurgiões obstetras. Nesse sentido, Zanardo *et al.* (2017, p. 17) ressaltam:

Até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres realizado na casa das famílias com o acompanhamento das parteiras. No final do século XIX, inicia-se um processo de mudança por meio de tentativa de controle do evento biológico por parte da obstetrícia, que deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática médica. O parto e o nascimento eram vistos como um evento fisiológico e feminino. A partir do século XX, começaram a ser encarados como evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra e não mais como exceção. Neste modelo tecnocrático, a mulher deixou de ser protagonista, cabendo ao médico a condução do processo.

Em concordância, o *Sumário Executivo da Pesquisa Nascer no Brasil* (LEAL *et al.*, 2014) define as práticas de institucionalização aplicadas ao parto, em que se observa um percentual de 52% das mulheres brasileiras optaram o nascimento por meio de cesariana, procedimento muito desencorajado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a orientação de que as cesarianas não excedam 15% do total de partos. Desses partos, 46% das gestantes do setor Público optam pela cesariana, pois na rede privada nota-se que esse número tende a subir assustadoramente, alcançando o percentual de 88% dos nascimentos, em decorrência do poder de decisão da paciente.

Na síntese de apresentação de dados da pesquisa intitulada *Nascer no Brasil* (DINIZ *et al.*, 2014), a distribuição dos partos ocorre assim (Figura 1):

Figura 1 – Demonstrativo de dados da Pesquisa Nascer no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Leal *et al.* (2014).

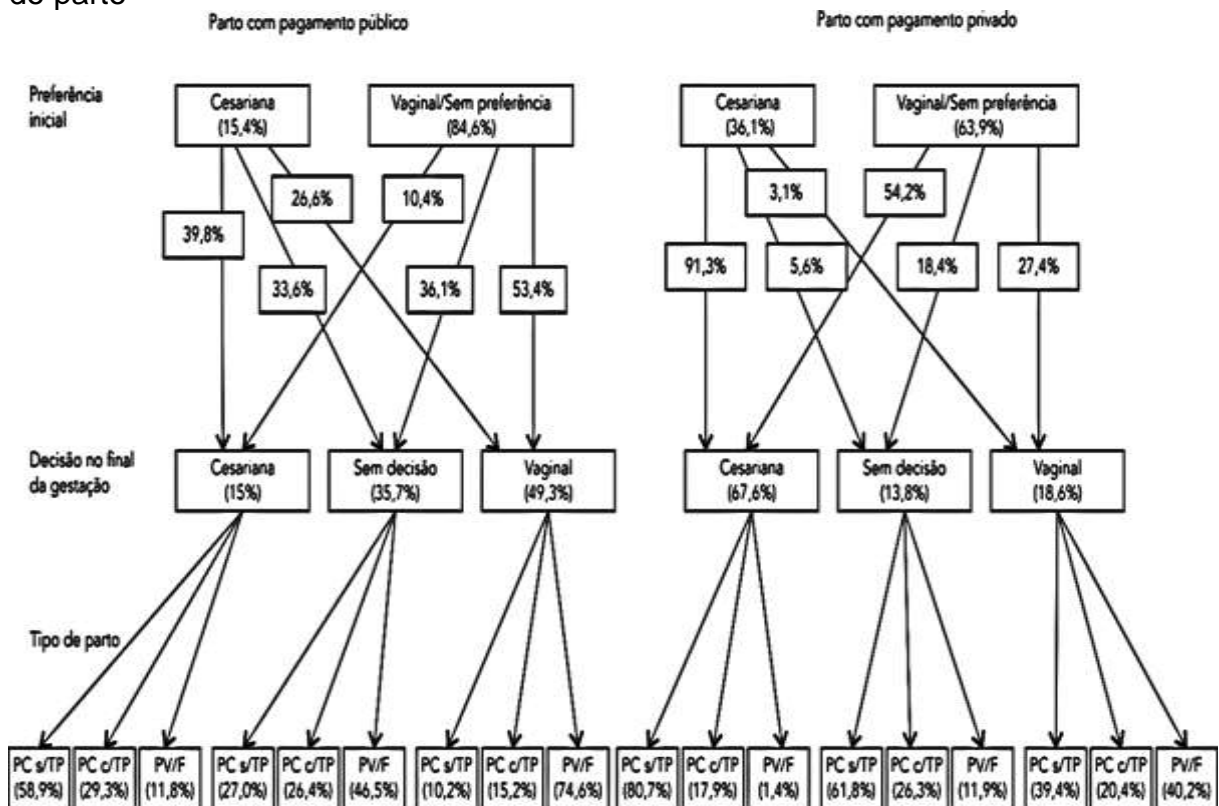
Nessa pesquisa, desperta a atenção o detalhamento que aponta o índice de 59% das gestantes abordadas que receberam alguma orientação relativa à instituição onde ocorreria o parto, já que a paciente possui o poder de escolha da instituição onde seu parto será realizado. Somente 5% dessas mulheres brasileiras conseguiram realizar o parto desconsiderando quaisquer intervenções. Conforme assevera Beech e Willington (1960, apud DINIZ *et al.*, 2015, p. 2):

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a

impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes.

A seguir (Figura 2), observam-se as condutas descritas em uma apresentação de dados, realizada pela Pesquisa *Nascer no Brasil (2014)*, relativas às primíparas e múltiparas nas duas redes (pública e privada), tecendo o caminho das decisões frente ao modelo de parto caracterizado pelo nível de poder aquisitivo.

Figura 2 - Trajetória pelo tipo de parto em primíparas, segundo fonte de pagamento do parto



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Leal et al. (2014).

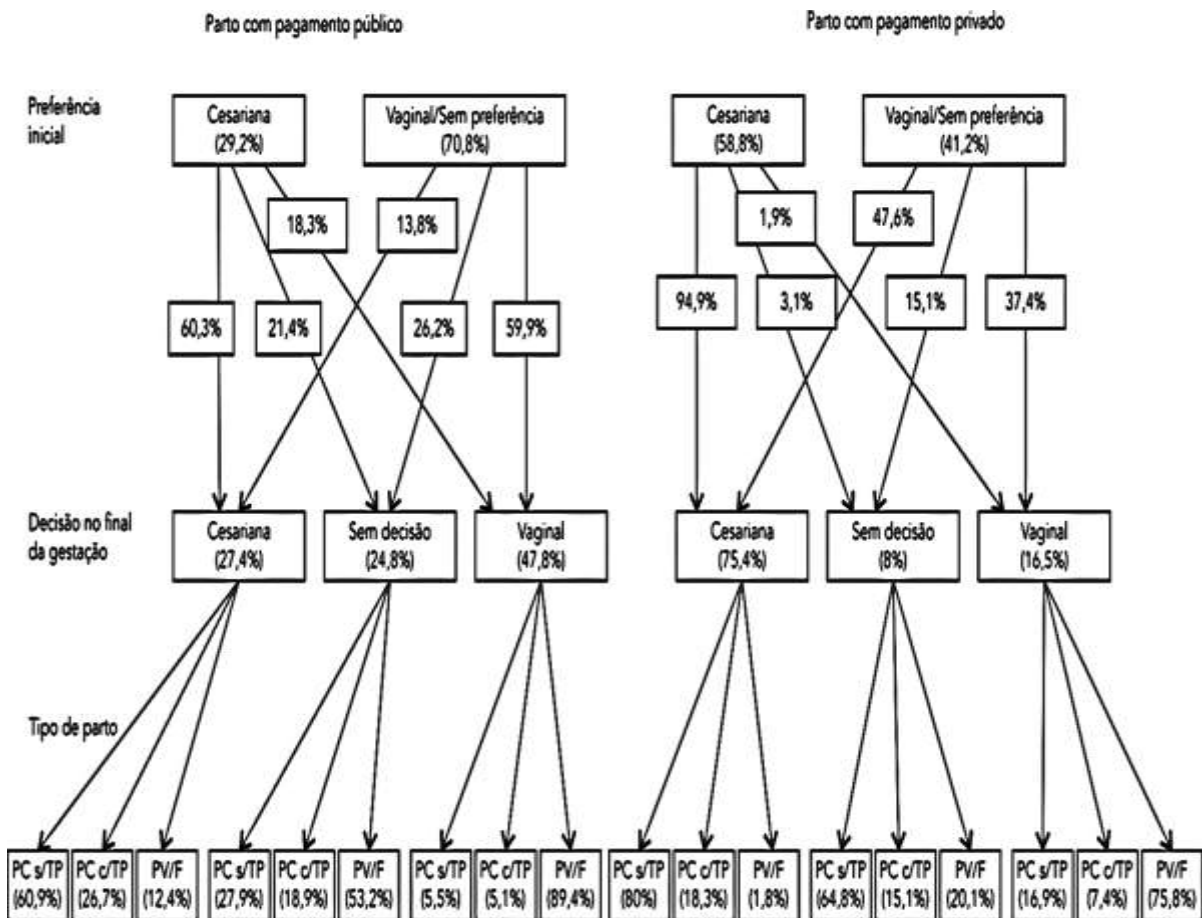
Essa síntese demonstra a questão das gestantes primíparas em um ordenamento público e privado, esboçando a variação referente aos tipos de partos escolhidos pelas gestantes e o parto final.

No esboço à esquerda, é encontrado o setor público em que inicialmente 15,4% das gestantes optam pela *Cesariana*, em contraponto aos 84,6% pelo modelo *Vaginal/Sem preferência*. Próxima do momento do parto, uma taxa de 35,7% ainda

apresentava como *sem decisão*. A condição final demonstra que somente 51,29% destas gestantes mantiveram a decisão inicial até o momento do parto e 39,33% cogitaram a possibilidade da opção pela cesariana, em contraponto as gestantes que optaram inicialmente pela cesariana somente 4,09% trocaram a cesariana pelo parto Vaginal.

À direita, o setor privado demonstra que inicialmente somente 36,1% optam pela *Cesariana* e 63,9% pelo parto *Vaginal/Sem preferência*. Ao aproximar-se da decisão final da gestação, o quadro é revertido e apresenta a opção de 67,6% das gestantes pela *Cesariana*, 18,6% pelo *Vaginal* e 13,8% se apresentam como indecisas. Ao final, a pesquisa aponta que somente 10,05% das gestantes nesse setor optam pelo parto vaginal e 89,95% pela cesariana.

Figura 3 -Trajetória pelo tipo de parto em múltiparas, segundo fonte de pagamento do parto



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Leal *et al.* (2014).

Na condição de múltiparas, o setor público apresenta que as gestantes, em sua preferência inicial, optam em 29,2% pela *Cesariana* e 70,8% pelo parto *Vaginal/Sem preferência*, a escolha final da gestação denota uma indecisão de 24,8% dessas gestantes. Como resultado, 59,31% das gestantes optam pelo parto vaginal e um índice de 26,21% optam pela cesariana.

No setor privado, para a condição de múltiparas, os índices de 58,8% revelam preferência inicial pela *Cesariana* e 41,2% pelo *Vaginal/Sem preferência*; ao aproximar-se da decisão final, somente 8% ainda estavam indecisas, resultando na taxa de 15,45% de gestantes que optam pelo parto vaginal, enquanto 84,55% firmam sua decisão pela cesariana.

Nota-se que, pela data de publicação da Pesquisa *Nascer no Brasil de 2014*, comparativamente à atualidade, já se considerava o parto humanizado como solução para o enfrentamento dos problemas da antiguidade. A Organização Mundial de Saúde (2014, p. 2) destaca:

[...] atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas.

Tal ideia também é corroborada por Diniz (2005, p. 628), que afirma:

Na assistência ao parto, o termo *humanizar* é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos. Esses conceitos eram difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional, entre eles o norte-americano Joseph DeLee.

Essas condições, relatadas há décadas passadas e descritas por Diniz *et al.* (2015), caracterizam especificamente o abuso de caráter físico e a imposição compulsória de intervenções que, por sua vez, ferem, direta ou indiretamente, os direitos civis da parturiente de permanecer livre de situações que envolvem maus-tratos e o direito integral a qualquer informação referente a si. Tais condições são exemplificadas por

Maffesoli (2004, p. 14-15, grifo do autor) como decorrentes da superioridade da esfera social sobre a esfera individual:

[...] foi justamente esse processo que regeu o nascimento de uma família cristalizada em sua estrutura nuclear, que favoreceu a “implementação do trabalho” e gerou as grandes instituições de ensino e do trabalho social, sem esquecer as da saúde e os diversos tipos de “confinamento” em que os séculos XIX e XX não foram nada avaros. Corrigindo, na medida em que isso era possível, os malefícios do devir econômico do mundo e do produtivismo¹ que lhe era inerente, esse “social” trouxe uma segurança inegável para a grande maioria. Mas, ao mesmo tempo, e no sentido estrito do termo, “enervou” o corpo comunitário, transferindo para instâncias longínquas e abstratas a tarefa de gerir o bem comum e os liames coletivos. Tudo isso me levou a dizer que, em muitos aspectos, assistimos à instauração de uma “violência totalitária” que, invertendo a terminologia durkheimiana², permitiu o deslizamento de uma “solidariedade orgânica”, mais próxima do cotidiano, para uma “solidariedade mecânica”, promovida por uma estrutura técnica que se autoproclama avalista do bom funcionamento da vida social.

A Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (1994), realizada em Belém/PA, no Capítulo I, art. 1º, assim define a violência contra a mulher:

Art. 1º Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada (COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996).

Esse conceito suscita a ideia de que quaisquer práticas nocivas utilizadas contra as mulheres que se encontram em situação indicativa da necessidade de parto dentro das instituições e até mesmo em consultórios médicos, englobando qualquer ato praticado ou tentado contra uma mulher grávida, parturiente ou em situação de abortamento. Dessa forma, o ato que, por qualquer motivo, coloque a mulher em risco físico ou psicológico, como as humilhações decorrentes de palavras ou gestos, ou mesmo que exponha sua intimidade em qualquer momento, com objetivo de retirar o seu direito de privacidade, é caracterização jurídica de violência obstétrica.

¹ O produtivismo é uma perversão da produtividade. Produtividade refere-se à capacidade de criar algo de valor a partir do uso maximizado de recursos.

² Durkheim argumenta, contrariando boa parte do pensamento filosófico, que "somos vítimas da ilusão que nos faz crer que elaboramos, nós mesmos, o que se impõe a nós de fora".

Se, para humanizar o atendimento da mulher em período reprodutivo, é necessário reconhecer a sua individualidade, é mister perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento, de forma a reconhecer que o seu contexto cultural, histórico e antropológico determina as formas de conhecimento e ação no processo saúde-doença.

A fundamentação teórica desta dissertação abrange o que tange à humanização do parto em relação aos obstáculos associados ao gênero, ponderando as considerações das violências descritas como físicas, sexuais e psicológicas, oriundas das ocorrências tanto no âmbito privado quanto no público, evidenciando que tais ocorrências podem ser perpetradas, de forma direta ou indireta, inclusive pelo próprio Estado e seus agentes prepostos. Tal tipologia de violência apresenta-se frequente através das relações em detrimento das desigualdades culturais ocasionadas em fatos entre a equipe de atendimento e a própria gestante.

Considerando que a violência obstétrica engloba uma forma específica associada à violência de gênero, haja vista que se configura na utilização arbitrária do saber exercido por parte dos profissionais da área de saúde em função de que se prevaleça o controle efetivo dos corpos e da sexualidade, com intuito de retratar liberdades pútreas das parturientes, este trabalho vem questionar o limite entre a ação dos profissionais e a ação considerada violência obstétrica, asseverando que o serviço prestado pelos profissionais visam à garantia das melhores condições para a gestante.

Para Aguiar (2010, p. 15-6) assevera que:

Estes maus-tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto a gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica.

A pesquisa utiliza termos como *parto humanizado*, *gestação*, *violência obstétrica*, *políticas públicas* e *saúde pública*. Em sequência, serão selecionadas as incidências de tipificações mais recentes, inserindo fatos reais atrelados aos vivenciados na área

de saúde correlacionados ao tema e que abordam uma amplitude de possíveis consequências tratadas, de forma comparativa, pelos fundamentos jurídicos para análise. Ademais, apresenta-se o contorno amplamente relatado quanto à existência da violência obstétrica envolvendo a equipe de atendimento a gestante em entidades públicas e privadas.

A metodologia empregada para o desenvolvimento da dissertação, utilizaram-se diversos títulos, apresentados em pesquisas como a *Nascer no Brasil* (2014) e *Violência obstétrica: Parirás com dor* (2012); Faúndes e Cecatti (1991), que abordam consequências e propostas de ação ligadas à temática; Diniz (2005) e Zanardo *et al.* (2017), que tratam a historicização da violência obstétrica e da relevância da percepção das puérperas de parto normal e as implicações jurídicas associadas à violência obstétrica, tanto para nortear o direcionamento de soluções dos problemas como para demonstrar o grau de dificuldades e as consequências relativas às responsabilidades de cada membro da equipe. No entanto, a pesquisa trata da relevância do tema cuja discussão está em evidência no Brasil, portanto estando em plena construção de um grau de clareza e solução atualizada sobre ele.

Esta pesquisa se justifica pela relevância social da violência obstétrica e, de forma direta, tem a função de propor novas abordagens humanizadas para resolução dos obstáculos encontrados no decorrer do processo da gravidez. A violência obstétrica tem seu princípio no direcionamento das dificuldades da equipe e assistência à gestante, enfrentadas diariamente na aplicação dos métodos que restringem a violência, visando à abrangência de uma concepção inovadora para muitos.

Sobre a viabilidade da temática, esta pesquisa contempla não só a viabilidade na questão financeira, mas também propõe a comparação das abordagens que retratam ações desenvolvidas contra a violência obstétrica durante a gravidez, o que não depende de grande investimento, por isso se torna viável pela sua praticidade e real aplicação por traçar uma linha explicativa a ser interpretada com extrema facilidade a fim de propor um amplo aprofundamento do tema e preservar um melhor resultado.

A problematização relevante à temática concentra-se em como possibilitar sucintamente o conhecimento direcionado sobre a tênue linha que separa os

procedimentos necessários adotados para o atendimento da gestante em um parto humanizado e a violência obstétrica. Como identificá-la? Como englobar facilitação das sugestões relativas a qual enfrentamento terá melhor aceitação para o bem-estar do paciente?

Este trabalho destacará a questão do qualitativo a se aproveitar dos conteúdos pesquisados, resultando no aprimoramento das ações executadas pelas equipes de atendimento a gestante, cujos papéis se refletem em situações que procuram trabalhar a autoestima empregada nas condições garantidas à paciente. Por isso, engloba todas as vertentes correlacionadas ao exercício profissional voltado à promoção do desenvolvimento da formação humanística, em que se formula a situação problemática baseada na violência obstétrica: quais seriam os procedimentos necessários para que a gestação e o parto transcorram de forma segura?

A questão de pesquisa desta dissertação teceu as abordagens entre as ações humanizadas praticadas pelos profissionais e a violência obstétrica que se configura durante todo o período gestacional. Delineando uma crescente e sistemática imposição da necessidade na composição dos conteúdos direcionados a uma compreensão seletiva da operacionalidade cujos aspectos são amplamente demonstrados por artigos que ressaltam a necessidade da melhoria no tratamento em diversos momentos da gestação. Tais conteúdos associados conferem à equipe de atendimento a gestante uma capacidade de adaptação para conduzir procedimentos humanizados.

O estudo se originou das demandas direcionadas pela sensibilidade, gerando a elaboração de estratégias, direcionadas aos estabelecimentos e às suas equipes, de forma humanizada para estas atividades, provendo-se, por intermédio de intervenções, as condições necessárias e as alternativas possíveis ao bem-estar da paciente.

Esta dissertação tem como **objetivo geral**:

- Descrever a contextualização dos direitos ao parto humanizado entre os limites do procedimento necessário em um atendimento e a violência

obstétrica, identificando os cuidados e as consequências gerados pela atuação da equipe de atendimento a gestante.

Como **objetivos específicos**:

- Descrever as limitações da mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério, relacionadas às decisões técnicas da equipe de atendimento a gestante, caracterizando os deveres dos profissionais necessários à boa execução pelos envolvidos;
- Identificar as situações-limite, amparadas por leis, em que prevalece a técnica da equipe de atendimento a gestante vinculada a situações de violência obstétrica e suas consequências relativas às questões que sustentam as práticas;
- Ressaltar as possibilidades de minimização da problemática da violência obstétrica e o respaldo social embasado por leis que destacam as estratégias de enfrentamento da violência contra a saúde das mulheres gestantes, parturientes ou em situação de abortamento.

Para realização da pesquisa, foi desenvolvida a revisão bibliográfica, sobre a temática, em uma abordagem das soluções apresentadas pela prática do parto humanizado e seu relacionamento com o cenário composto pelas práticas atualizadas pela atenção ao parto no Brasil.

Trata-se de arquitetar uma composição para conectar diversas ideias e fatores identificados por meio de uma fundamentação do compreender das causas e os efeitos que reproduzem um determinado fenômeno. Esta pesquisa é qualitativa, documental, bibliográfica e descritiva.

A natureza qualitativa, que norteia o estudo se reveste como princípio fundamental pela identificação previa e escalonada dos fatores básicos que determinam o aprimoramento do entendimento dos fatores primários que decorrem de determinados fenômenos, vindo a explicar um problema a partir da fundamentação das teorias publicadas em diversos suportes, como livros, artigos utilizados para descrição de

tópicos, manuais para verificação de procedimentos técnicos, enciclopédias, anais, dissertações e teses em meio eletrônico, pesquisados no período de 2015 a 2018.

Documental utilizou-se fontes primárias, isto é, dados e informações que ainda não foram tratados científica ou analiticamente, bibliográfica considerando também a ocorrência de revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico e descritiva *visto ter apresentado uma realidade de forma imparcial, sem interferências do pesquisador.*

A análise tece sucintamente uma abordagem de categorias do Direito, pautadas nas questões de abrangência social, e do atendimento social, como a descrição do trabalho de apoio fornecido pelas *doulas*. Engloba, portanto, a inter-relação do tratamento dispensado às gestantes e as condições em que ocorre a violência obstétrica como contraponto ao direito ao parto humanizado.

Quanto à finalidade de pesquisa, esta dissertação possui um direcionamento descritivo com abordagem qualitativa e abrange técnicas de coletas de dados de diversas ações relacionadas à temática, visando à comparação das dificuldades geradas por cada ato da mesma categoria, com o intuito de facilitar a percepção da necessidade de melhoria dos profissionais frente a esses problemas e às dificuldades de implantação e desenvolvimento do plano de atendimento específico, proporcionando a melhoria da qualidade do atendimento. De acordo com Lakatos e Marconi (2003), tem como finalidade aprofundar o conhecimento do pesquisador sobre o assunto estudado.

No que se refere ao tipo de investigação, este trabalho se pautou em uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, relacionando a verificação metodológica da dialética da interpenetração dos objetivos, em que se constata que a facilidade para a incorporação do conteúdo programático está na iniciativa da equipe de atendimento a gestante, frente às pressões psicológicas, iniciando o tratamento humanizado, por meio do afeto, quando se reconhecem gradativamente as necessidades individuais de cada parturiente, visando os benefícios da humanização a serem alcançados para a realização do processo integralizado da gestação. Lakatos e Marconi (2003, p. 104-

5) destacam que existe a relação entre o aspecto quantitativo e o qualitativo de uma investigação:

Considerando que toda realidade é movimento, e que o movimento, sendo universal, assume as formas quantitativas e qualitativas, necessariamente ligadas entre si e que se transformam uma na outra, a pergunta que surge é: qual o motor da mudança e, em particular, da transformação da quantidade em qualidade ou de uma qualidade para outra nova.

Foram utilizados instrumentos de coleta de dados para a composição do trabalho. Os dados foram baseados na análise de leis nacionais e internacionais, bem como em artigos, teses, dissertações e livros que expressam observações relativas às consequências, para possibilitar o uso das ferramentas operacionalizadoras que envolvem todos os sujeitos do processo, sempre com o objetivo do desenvolvimento intelectual da equipe de atendimento a gestantes e leigos.

Para a análise de dados da pesquisa, fundamentou-se em linha de norteamto pela oferta dos títulos publicados e de acesso pela *internet*, observando-se determinada ordem de pesquisa, a partir da de diversificação e da aproximação terminológica. Para tanto, optou-se por elencar as etapas da técnica segundo Bardin (2006), que as organiza em três fases:

1. Pré-análise é a fase em que se organiza o material coletado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais;
2. Exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro;
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação dizem respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos [...] sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 2006, p. 117).

Quadro 1 – Principais fontes pesquisadas

Autor	Título	Ano
BRASIL	Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil.	1988
BRASIL	Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.	2017
BRENES	História da parturição no Brasil.	1991
DECLERCQ	É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil?	2014
DINIZ	Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.	2005
FAÚNDES; CECATTI	Operação cesariana no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação.	1991
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	Violência obstétrica.	2017
LEAL <i>et al.</i>	Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.	2014
REDE PARTO DO PRINCÍPIO	Violência obstétrica: “parirás com dor”.	2012
REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO	Carta de Campinas: ato de fundação.	1993
ZANARDO <i>et al</i>	Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.	2017

Fonte: Elaborado pela autora.

Essa dissertação é composta pela Introdução, seção 2, seção 3, seção 4, Considerações finais e as Referências.

A *Introdução* refere-se à descrição do contexto do partear ao longo dos tempos.

A segunda seção intitulada *Humanização do Nascimento* que objetiva esclarecer comportamentos adequados para o partear, por meio dos quais a mulher parturiente seja protagonista e o profissional de saúde tenha o papel de facilitador, com o respeito, a técnica e a autonomia que precisam garantir o direito de cidadania à mulher.

Na terceira seção, denominada *O Enfrentamento da Violência Obstétrica no Brasil*, aborda as ações fundamentadas por leis que permitem a gestante ser respeitada e ter seus direitos garantidos durante todo o período da gestação.

Já na quarta seção, *A Prática de Humanização do Nascimento nos Hospitais*, tem a finalidade de esclarecer a necessidade de um novo modelo de cuidado obstétrico e

neonatal deixando de lado o modelo tecnocrático, considerando que a maioria das gestações são de risco habitual.

Por último, as Considerações Finais, através do que foi possível observar ao longo da história que o protagonismo do profissional de saúde, mediante o parto, vem acontecendo desde a implantação das escolas de medicina. Sendo assim, um dos fundamentos necessários para modificar esta realidade, consiste em transformar o tema *violência obstétrica* em escopo de saberes, durante a formação dos profissionais de saúde.

2 HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO

A cartilha do Ministério da Saúde, intitulada *Oito passos para a maternidade segura: guia básico para serviços de saúde*, de 1995 (BRASIL, 1995), destaca:

1. Garantir informação sobre saúde reprodutora e direitos da mulher;
2. Garantir a assistência durante a gravidez, parto e puerpério, e ao planejamento familiar;
3. Incentivar o parto normal e humanizado;
4. Ter rotinas escritas para normatizar a assistência;
5. Treinar toda a equipe de saúde para implantar as rotinas;
6. Ter estrutura adequada ao atendimento materno e perinatal;
7. Possuir arquivos de sistema de informação;
8. Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materno-infantil.

O conceito que engloba a atenção humanizada possui um vasto campo, que se apropria de conceitos de conhecimentos, práticas e atitudes direcionadas especificamente ao momento do parto e do nascimento, com objetivo da promoção da saúde e da antecipação da prevenção de altos índices de morbimortalidade materna e perinatal altos. Esse tipo de ação inicia-se no pré-natal e compreende o período até o puerpério, com o intuito de que a equipe de assistência à saúde da gestante possa efetivar as atitudes e os procedimentos que comprovam os benéficos da humanização para a mulher e o bebê, durante todo este período. Essa atuação se ampara no dever de evitar intervenções consideradas desnecessárias e gera o dever de preservar a privacidade e a autonomia da gestante.

Em 1996, a OMS publicou o informe *Maternidade Segura* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996), que recomenda o uso de boas práticas na assistência obstétrica, classificando as recomendações em quatro categorias:

1. Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas – parto humanizado;
2. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas – Kristeller;

3. Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão – episiotomia;
4. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado – fórceps.

O *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHNP)*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) destaca o objetivo principal do programa:

- a) O acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;
- b) Ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;
- c) Adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;
- d) Complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;
- e) Prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial.

O programa ainda ressalta que a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do

parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

Ao analisar as pesquisas realizadas, verificou-se uma dificuldade em expressar para as gestantes as concepções relativas à humanização do nascimento, com descrição apenas de um processo que possui seu início no pré-parto; englobando ações voltadas também ao recém-nascido e respeitando a lei que permite o acompanhante durante todo o processo. São oferecidas, de forma transparente, todas as informações à gestante e aos familiares, com uma atuação pautada na união da equipe multiprofissional para o melhor desenvolvimento do processo de nascimento. Para Prizskulnik e Maia (2009, p. 81), deve haver:

[...] o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e, também a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde [...]. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém o líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou cesáreas.

Observou-se que alguns relatos apontaram percepções relativas à humanização voltadas a atenção nos aspectos do recém-nascido como dispõem o art. 15 Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. do Código Civil - Lei n.º 10.406, 10 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002a).

Esse dispositivo aplica-se ao tema em questão, pois trata-se de um recém-nascido que necessita de vínculo com a mãe. O Ministério da Saúde recomenda que a execução dos cuidados efetuados com o recém-nascido que possua risco normal ou baixo, imediato ao nascimento, seja resumido nos aspectos profissionais, como enxugar, promover o aquecimento, realizar a avaliação e realizar a entrega à mãe, com o intuito de proporcionar maior contato íntimo o mais precoce possível. Normatiza ainda que a realização dos demais cuidados necessários devido ao nascimento devem ocorrer em uma fase posterior ao contato com mãe.

Esses direitos também são garantidos pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, denominada Estatuto da Criança e Adolescente (ECRIAD) que assim dispõe:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

As questões ligadas à área da saúde são asseguradas no art. 8º:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016) (BRASIL, 1990).

Um grande destaque a se relatar fixa no direito à assistência psicológica descrita no § 4º:

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009).

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

A área do direito ampliado a terceiros é contemplada a partir do § 6º:

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

§ 10º Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016) (BRASIL, 1990, grifo nosso).

A ação de promover o contato o mais precoce possível entre a mãe e seu filho, ainda na sala de parto, tem o intuito de contribuir para a criação e o fortalecimento dos princípios do apego, pois, nesse momento de pós-parto, o recém-nascido se encontra no período denominado inatividade alerta, que se verifica entre os primeiros 30 a 60 minutos posteriores ao nascimento. Também nesse período, o recém-nascido é estimulado a responder a estímulos externos provocados pelos profissionais responsáveis, conforme apontam Cruz, Sumam e Spíndola (2007, p. 691:

A primeira hora de vida de um bebê é um período denominado de inatividade alerta do RN que dura em média quarenta minutos . Esses momentos iniciais são uma fase sensível, precursora de apego e a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo seu bebê, nesse contexto destaca-se a importância que a realização de procedimentos assume na sala de parto. O profissional de saúde envolvido no nascimento é uma figura facilitadora ou não deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe e seu filho para que o vínculo se estabeleça. Nesta concepção, as ações dos profissionais de saúde no pós-parto imediato em relação aos cuidados prestados ao recém-nascido podem interferir negativamente na aproximação precoce entre a mãe e o bebê.

Este contato é corroborado por Almeida e Martins (2004, p. 13), que asseveram:

O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis. O contato pele-a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe.

Nesse momento, torna-se primordial que os profissionais respeitem os aspectos fisiológicos, sociais e culturais que estão associados ao parto e ao nascimento, ofertando por maior tempo um suporte emocional destinado à mulher, como

protagonista do momento. Esta ação forma laços afetivos consolidados entre os familiares e desencadeia o vínculo mãe-bebê dentro do parto humanizado. Nesse sentido, com base em Kant (1986, p. 48-9), é possível entender o que o filósofo considera *conforme o dever*.

Assim, pois, somos chegados ao princípio de conhecimento moral da razão vulgar do homem. A razão vulgar não necessita deste princípio tão abstrato e em uma forma universal; mas, apesar de tudo, tem-no continuamente diante dos olhos, usando-o com critério em seus raciocínios. Fora bem fácil demonstrar aqui como, com esta bússola na mão, saber distinguir perfeitamente em todos os casos que ocorrem, o que é bom, ou o que é mau, o que é conforme ao dever ou contrário ao dever, quando, sem ensinar-lhe nada de novo, faz-se-lhe esperar tão-somente, como fez Sócrates, a seu próprio princípio, e que não faz falta ciência ou filosofia alguma para saber o que é que deve fazer para ser honrado e bom e até sábio e virtuoso.

As atitudes dos profissionais devem expressar a humanização de todo o processo de parto, aplicando uma prática específica direcionada para o reconhecimento efetivo dos direitos integrais das parturientes. Entre os direitos, destaca-se a garantia, assegurada em lei, da presença de um acompanhante indicado pela gestante para participação do processo de parto e nascimento, para ter acesso imediato, de forma esclarecedora, a todas as informações presentes.

Durante o transcorrer do processo de cuidar, vinculado ao ser humano, se deve observar os quatro princípios fundamentais da bioética, descritos por Beauchamp e Childress (1978) ambos vinculados ao *Kennedy Institute of Ethics*, que publicaram o seu livro *Principles of Biomedical Ethics*, para o norteamento das ações:

- ✓ Princípio do respeito da autonomia;
- ✓ Princípio da não maleficência;
- ✓ Princípio da beneficência;
- ✓ Princípio da justiça.

Em uma análise básica, se verifica que tais princípios produzem um amplo entendimento de que a atitude pautada pelo respeito induz ao dever em primar pelo princípio do respeito à autonomia da gestante, para deliberar questões relativas a suas escolhas, em um segundo momento, engloba a construção da proteção à possíveis danos ou abusos praticados, durante o atendimento, contra as parturientes que por

sua condições, estariam momentaneamente com sua autonomia de escolha minimizada em decorrência de uma possível evolução negativa durante o parto.

O princípio da não maleficência aplicado à gestante consiste em minimizar, por meio da atenção básica à saúde, qualquer ocorrência de dano ou prejuízo que possa ser acarretado à gestante, primando pela salvaguarda do bem-estar de todos os envolvidos. Por outro lado, o princípio da beneficência pauta-se na obrigação ética dos profissionais em disponibilizar e maximizar todos os benefícios. Entretanto, o princípio igualitário da justiça engloba em seus parâmetros, uma ampla área que prima objetivamente pelo respeito aos direitos dos indivíduos em prol da qualidade do serviço prestado e recebido por todos os indivíduos.

Em suma, tais princípios devem ser tratados efetivamente como fundamentos pela equipe de atendimento a gestantes, os quais remontam à necessidade de não causar danos à parturiente e promover a redução dos procedimentos considerados desnecessários durante o parto, tendo como busca única o bem-estar de todos os indivíduos e resguardando sua integridade tanto física quanto psicológica, em respeito à autonomia relativa das decisões que lhes cabem. É necessário oportunizar para a gestante a escolha, sem influência, de um acompanhante que seja maior de idade e responsável para o devido acompanhamento no momento do parto, estabelecendo os princípios básicos da humanização voltada a uma política de assistência de qualidade para gestante.

2.1 AS LEIS DE PROTEÇÃO À GESTANTE E AO PARTO

Pode-se enquadrar a violência obstétrica como crime. A episiotomia, praticada sem as devidas autorizações, por exemplo, pode, considerando as circunstâncias, ser qualificada como um crime de lesão corporal, passando a ser tipificada pelo art. 129 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:
Pena - detenção, de três meses a um ano.
Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - Perigo de vida;

III - Debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - Aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º Se resulta:

I - Incapacidade permanente para o trabalho;

II - Enfermidade incurável;

III - Perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV - Deformidade permanente;

V - Aborto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

[...]

Lesão corporal culposa

§ 6º Se a lesão é culposa: (Vide Lei nº 4.611, de 1965)

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Observa-se que a vulnerabilidade da parturiente e do nascituro, no momento do parto e puerpério, assim como em situações que ocorrem anteriormente ao fato, são os principais instantes de ocorrência da violência obstétrica, que tem como agente impulsionador as ações que produzem a violação dos direitos designados a garantir à personalidade humana, que pela constituição Federal de 1988, são considerados fundamentais a todos os envolvidos que são detentores de direitos básicos a serem preservados. Acredita-se que, ao se fazer respeitar esse direito, a mulher assume o papel de protagonizar esse momento, tendo como finalidade os direitos de saber e decidir a respeito de seu corpo e de todos os procedimentos realizados. Isso é destacado pelo HumanizaSus.

Situações de vulnerabilidade têm a ver com a determinação social da saúde, o que fica evidenciado na própria definição de vulnerabilidade compreendido como o movimento de se considerar a susceptibilidade das pessoas ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos individuais e coletivos, os quais “acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos” [...] (BRASIL, 2014, p. 49).

Ao deparar com um cenário de possíveis danos à saúde no âmbito físico ou psicológico, imputado a mãe e filho, emerge a necessidade da responsabilização civil e criminal do profissional de saúde que presta atendimento durante o parto. Parte-se da prerrogativa proporcionada de forma judicial, que destaca a responsabilidade onde se pressupõe a violação objetiva de um dever jurídico garantido pela Constituição Federal.

A jurisprudência visa à busca pela igualdade e dignidade humana, tendo como partida o fato da presunção da vulnerabilidade pontual da mulher, caracterizada pelos aspectos da assistência sexual e reprodutiva vinculadas ao período puerperal, sendo associado que a violência obstétrica como ato, se insere prerrogativamente em uma questão de violência de gênero, atrelados ao emprego específico de práticas arcaicas consideradas desnecessárias e arbitrárias quando exercidas por parte dos profissionais de atendimento a gestante, para firmar um controle sobre as parturientes no momento do parto. O desejo de enfatizar os conhecimentos já estabelecidos através da jurisprudência brasileira e refletir acerca dos anseios da parturiente que foram cerceados e necessitam da visibilidade para a sociedade em geral é salutar.

A violência obstétrica retrata uma forma de violência praticada contra a mulher, peculiarmente enquadrada como violência de gênero, caracterizada pelo emprego de formas arbitrárias e excludentes, executadas por parte dos profissionais de atendimento a gestante, com o princípio indiscriminado de forçar o controle dos corpos e da sexualidade das mesmas. O intuito da divulgação remete a contribuir ao reconhecimento e antecipação das formas nocivas enquadradas por este tipo de violência, elucidando as nomenclaturas jurídicas para promover seu desenquadramento como *erro médico*.

Para analisar um conceito de responsabilidade, remete-se ao Art. 5º, incisos V e X da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que dispõe sobre a atribuição da responsabilidade civil de forma direta como *status*, alicerçando as garantias dos direitos fundamentais aos cidadãos, independentemente de qualquer discriminação:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

V - É assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

[...]

X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

[...]

O dispositivo denota o princípio segundo o qual toda atividade exercida em prol de terceiros que venha a gerar qualquer tipo de prejuízo resulta em reação contrária, denominada responsabilidade ou dever de indenizar, que engloba aspectos de retratação. Com esse raciocínio, nota-se que qualquer pessoa física ou jurídica, em qualquer tipo de ação ou atitude, tem dever alicerçado pela Constituição Federal de arcar com os resultados negativos, atrelados a um ato ou fato que resulta em um negócio danoso a terceiros.

Verifica-se a aplicabilidade do art. 186 do Código Civil que, com o raciocínio único, fundamenta o dever de indenização recíproca por ato ilícito, provocando o estabelecimento geral da base jurídica relativa à responsabilidade civil, mesmo que extracontratual ou extranegocial, como destacado pelo referido dispositivo do Código Civil:

Art.186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes (BRASIL, 2002a).

Constata-se que esses dispositivos legais contêm a fundamentação dos requisitos básicos que identificam a ação de indenizar: **ação ou omissão voluntária**, pautada na relação direta de causalidade ou nexos causal, dano como resultado da ação e finalmente culpa como dever de indenizar. Diniz (2013, p. 14) descreve que a responsabilidade civil é:

[...] a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou simples imposição legal.

Observa-se que a responsabilidade civil, em suma, deriva da agressão a um interesse eminentemente particular, sujeitando assim o infrator, ao pagamento de uma compensação pecuniária à vítima, caso não possa repor o estado anterior da coisa. Esses pensadores retratam o conceito comparativo da agressão e da indenização de forma objetiva. No entanto, segundo Venosa (2004, p. 76), a compreensão do dano se estende:

[...] os ordenamentos contemporâneos buscam alargar cada vez mais o dever de indenizar, alcançando novos horizontes, a fim de que cada vez mais o dever de indenizar, a fim de que cada vez menos restam danos irressarcidos. É claro que é um desiderato ideal que a complexidade da vida contemporânea coloca sempre em xeque. Os danos que devem ser reparados são aqueles de índole jurídica, embora possam ter conteúdo também de cunho moral, religioso, social, ético etc., somente merecendo a reparação do dano as transgressões dentro dos princípios obrigacionais.

Relativa à matéria de Direito, a descrição encontrada na jurisprudência doutrinária da atualidade, devido à garantia do amplo direito de defesa, enfrenta dificuldades descritivas para conceituar objetivamente a responsabilidade civil, pois se observa que alguns autores pautam sua fundamentação no elemento da culpa. Essa é a falta cometida contra um dever, por ação ou omissão, pela inobservância de diligência que deveria ser observada quando da prática de um ato a que se está obrigado, enquanto outros atentam, sobre a questão da culpabilidade, que a responsabilidade pode ser atribuída a uma pessoa pela prática de um ato ilícito, considerando os danos causados e respeitando a equivalência da jurisprudência aplicada aos direitos e deveres. Observa-se a existência de duas vertentes, mas constata-se que ambas possuem o mesmo princípio - a responsabilidade civil -, segundo o qual prevalece a obrigação da reparação de danos a terceiros.

Couto Filho e Souza (2010a, p. 27, grifo do autor) no artigo *Médicos Processados Injustamente*, assim se posicionam com referência aos fatos:

A banalização do dano moral somou-se ao crescente número de aventuras jurídicas, obrigando o Estado- Juiz a processar e indeferir milhares e milhares de demandas em áreas da saúde.(...) Entendemos que o abuso do direito será aplicado aos advogados e partes que abusaram do pedido de dano moral, pois a sedução de um "expediente" para granjear pecúnia levará os desavisados à punição. A eticidade e a boa-fé, pilares do Novo Código Civil brasileiro, regerão as relações entre as partes litigantes, seus patronos, peritos e serventuários e julgadores. É a evolução natural que evitará os excessos.

A fundamentação dessa percepção é dada pelo art. 927 do Código Civil, que assim expõe:

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (Arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.
Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem (BRASIL, 2002a).

Venosa (2008, p. 35) aponta que os atos ilícitos

[...] são os que promanam direta ou indiretamente da vontade e ocasionam efeitos jurídicos, mas contrários ao ordenamento. O ato voluntário é, portanto, o primeiro pressuposto da responsabilidade civil. Esse conceito prende-se ao de imputabilidade, porque a voluntariedade desaparece ou torna-se ineficaz quando o agente é juridicamente irresponsável.

Relativamente à responsabilidade civil hospitalar, constata-se que o prevalecer atribuído à relação jurídica veicula-se à tipificação determinada pelo consumo efetivo em decorrência única do contrato vinculado a cada item da temática. Ainda concernente à concordância da aludida relação, a legislação propõe que a ocorrência, por qualquer razão, resultar em um acidente e for atribuído ao consumo, determinado por averiguações que este fato propiciou, ser gerado por força atribuídas a serviços em oferta e prestados indevidamente pelo hospital, recairá por imediato a incumbência efetiva da reparação ao dano.

Sobre a temática recai ainda a Resolução n.º 1.931, de 17 de setembro de 2009, do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2009), que delineia as diretrizes necessárias a serem seguidas pelos médicos no intuito de aperfeiçoar os parâmetros da medicina:

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

VI- O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

[...]

Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

[...]

Art. 14 Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação no País.

Capítulo IV

DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-la de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art.24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Sendo assim, qualifica a responsabilidade para todos os âmbitos jurídicos, delineando, de forma comparativa, os deveres e direitos atribuídos aos pacientes que nunca devem ser desrespeitados sob qualquer pretexto.

2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Na atualidade, o termo *violência obstétrica* demanda o enquadramento a um conjunto de ações de cunho físico, verbal ou psicológico, que são praticadas contra as gestantes, com características desrespeitosas ou abusivas, com sua incidência no transcorrer de qualquer procedimento vinculado a assistência prestada por profissionais da área da saúde abrangendo todas as fases da gravidez, parto e puerpério. Também é verificada nas falhas existentes em qualquer sistema de saúde, principalmente o público, o qual vem a carecer de recursos nos âmbitos político, econômico e no social, conforme orientação declarada da Federação Brasileira de Ginecologia/obstetrícia (Febrasgo) (SOUZA, 2018, p. 2):

[...] reconhecer a violência obstétrica como uma realidade, não significa culpabilizar nenhuma categoria profissional específica, posta que esta se consolida em termos estruturais. A violência obstétrica é uma expressão de violência durante a prestação de cuidados de saúde, que ocorre em um ambiente social e em sistemas de saúde cujos fundamentos políticos e econômicos fomentam o desenvolvimento de relações de poder. Assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, a fortalece, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres

Para Zanetti *et al.* (2009, p. 12), a episiotomia é:

[...] um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal. É realizado com tesoura ou bisturi e necessita de sutura. Embora a episiotomia tenha se tornado o procedimento cirúrgico mais comum do mundo, foi introduzida sem muita evidência científica sobre sua efetividade. Por isso, mundialmente, há uma intenção de torná-la um procedimento restrito e não mais rotineiro.

Portanto, tem-se a caracterização de violência obstétrica como todo e qualquer procedimento, realizado ou não, destinado ao preparo, diagnóstico ou cirúrgico

direcionados a paciente ou mesmo que exceda ou não cumpra, os quesitos necessários para uma realização segura de um parto humanizado, passando a incluir de forma preventiva as técnicas consideradas invasivas, que culminam em uma cesariana. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014, p. 1):

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. 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. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

García, Diaz e Acosta (2013, p. 728, tradução nossa) destacam que o motivo do desconhecimento da temática “[...] é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto”. Essa desinformação produz o entendimento errôneo de que todo o procedimento realizado pela equipe responsável pela parturiente seria por si caracterizado como violência obstétrica.

Uma das mais fortes influências para a definição de violência obstétrica foi a primeira legislação latino-americana que tipificou essa forma de violência, aprovada na Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela (VENEZUELA, 2007, p. 30):

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto no setor público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.

Na atualidade, esse conceito ganhou aspectos ampliados e diferenciados, com intuito de mediar as condutas, a fim de serem ou não tipificadas, exclusivamente em leis protetivas direcionadas ao direito da parturiente, considerando a necessidade da execução do procedimento que conceitua e caracteriza a finalidade e a aplicabilidade dos atos da equipe de profissionais que atendem a parturiente.

O propósito de descrever ou não a empregabilidade do termo *violência obstétrica* requer destaque pela necessidade de justificativas pelas quais, na atualidade, se comprova a não existência de lei específica em nenhum âmbito a ser utilizada para a confecção de um processo judicial. Por outro lado, há a vinculação comparativa a leis em âmbito civil e criminal não específicas, que possuem a função de criminalizar tais condutas sem o conhecimento da necessidade dos procedimentos, como descrito em alguns exemplos no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorias de violência obstétrica e suas equivalências na área do direito e exemplos

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus-tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.

Fonte: Bowser e Hill (2010).

Observa-se que, nesse sentido, a violência obstétrica assume o papel de conduta dolosa que deve ser alçada à categoria específica de crimes contra a parturiente, fundamentado pela esfera criminológica das violências psicológicas, físicas e sexuais,

o que engloba a omissão direta ou indireta de socorro ou de atendimento que são necessárias à paciente.

Tamanini (2004) salienta os direitos sexuais e reprodutivos, analisando o quadro comparativo de direitos relativos à mulher (Quadro 3):

Quadro 3 – Comparativo de direitos relativos à mulher

Tipos de direitos sexuais e reprodutivos	Direitos sexuais (instrumentos internacionais)
Os direitos de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coerção ou violência.	<ul style="list-style-type: none"> • O direito de decidir, livre e responsabilmente, sobre sua sexualidade.
O direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • O direito de ter controle sobre o seu próprio corpo.
O direito de ter acesso à informação de métodos anticoncepcionais, meios seguros (serviços) disponíveis e acesso a toda a tecnologia disponível para ter ou não filhos.	<ul style="list-style-type: none"> • O direito de viver livremente sua orientação sexual, sem sofrer discriminação, coação ou violência.
O direito de acesso ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva.	<ul style="list-style-type: none"> • O direito a receber educação sexual. • O direito à privacidade. • O direito a fruir progresso científico e a consentir livremente com a experimentação, com os devidos cuidados éticos recomendados pelos instrumentos internacionais O direito de ter a prática sexual desvinculada da gerência do Estado e da reprodução. • A sexualidade como direito da personalidade.

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Tamamini (2004).

No que tange à violência associada ao gênero, pondera a consideração das violências descritas como físicas, sexuais e psicológicas, oriundas das ocorrências tanto em âmbito privado quanto no público; ainda pondera que podem ser perpetradas, de forma direta ou indireta, inclusive pelo próprio Estado e seus agentes prepostos. Entende que tipologia de violência passou a manifestar-se através das relações obtidas pelo poder na ação de costurar culturalmente desigualdades em fatos ocorridos entre homens e mulheres.

Franzon e Sena (2012) ilustram detalhadamente sobre mulheres que realizaram partos normais e alguns modos de violência mais comuns sofridos durante o trabalho de parto tanto em redes públicas como privadas:

Quadro 4 – Alguns modos de violência mais comuns durante o parto

Descrição	Porcentagem
Sofreram algum tipo de violência no atendimento ao parto	25%
Fez exame de toque de forma dolorosa	10%
Negou ou deixou de oferecer algum tipo de alívio para dor	10%
O profissional gritou com a mulher	9%
Não informou sobre o procedimento que estava realizando	9%
O profissional humilhou ou xingou	7%
O profissional empurrou	1%
O profissional bateu na paciente	1%
O profissional assediou sexualmente	1%

Fonte: Franzon e Sena (2012, p. 173).

Segundo Amorim (2016), considera-se que a violência obstétrica engloba uma forma específica associada à violência de gênero, haja vista que se configura a utilização da forma arbitrária do saber, exercida por uma pequena parte dos profissionais da área de saúde, que ao praticarem esse ato reforça a atitudes que se apresenta como impositivo ao controle dos corpos e da sexualidade da mulher, que são retratados como direitos a liberdade, que são cláusulas pétreas na preservação da assistência para as parturientes. Dessa forma, este trabalho visa reforçar o questionamento do limite entre a ação realizada pelos profissionais envolvidos no atendimento a paciente e o que é realmente considerado violência obstétrica, despertando o conhecimento em prol da garantia que os serviços realizados pelos profissionais devam ensejar o cumprimento das melhores condições para a gestante.

Defende-se como medida a denominada prevenção quaternária, associada a atitudes positivas e à ação de antecipação da identificação para evitar o risco de hipermedicalização, que provoca imediatas intervenções médicas consideradas desnecessárias gerando danos, associados aos profissionais da equipe de atendimento que possuem algum vínculo com a gestante, considerando as condições negativas presentes que produzem a violência obstétrica, que necessitam fazer parte permanente em seu escopo de saberes, valores e práticas a serem amplamente difundidos em todos os ambientes, com o objetivo de propiciar uma melhoria nas

condições de atendimento. Violência foi definida pela Rede Parto do Princípio (2012, p. 29) como:

A violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e de violação sistemática de seus direitos humanos, que mostra de forma dramática os efeitos da discriminação e subordinação da mulher por razões de gênero na sociedade. O exercício dos direitos humanos das mulheres, em matéria de violência baseada no gênero, se vê afetado significativamente também pelas concepções jurídicas tradicionais, baseadas em paradigmas positivistas e sexistas. Até algumas décadas atrás se acreditava, em uma perspectiva generalista, que os maus tratos às mulheres era uma forma a mais de violência, com uma adição de excepcionalidade e causa possível na patologia do agressor da vítima. Desde os anos setenta do século XX é reconhecida sua especificidade e o fato de que suas causas estão nas características estruturais da sociedade. A compreensão do tema, então, exige algumas chaves explicativas que vão desde a insistência em sua especificidade e compreensão sociais, passando por uma denúncia de sua frequência e seu caráter não excepcional, mas comum.

Torna-se incontestável que o parto é um momento indescritível e único na vida da mulher. Por isso, a compreensão da qualidade no cuidado a ser despendido pela equipe de atendimento a gestante engrandeceria em singularidade se for pautada no protagonismo efetivo da mulher, direcionando o momento para que tenha a condição mais natural e humanizada possível. Em completa distinção de outros acontecimentos e procedimentos que recaem na necessidade de cuidados hospitalares, esse processo de parturição é delineado como fisiológico, com características normais, direcionado na necessidade pautada, na grande maioria das vezes, pelo simples ato de apoio profissional para o acolhimento e a atenção da gestante que, nesse momento, necessita de um ato de humanização.

Deslandes (2004) destaca que o humanizar se refere à prestação de uma assistência profissional que possua como prioridade a qualidade exigida do cuidado, com a intenção de garantir os direitos do paciente, pautados por sua individualidade e cultura, bem como a valorização da equipe de profissionais que prestam a assistência, estabelecendo a construção de um ambiente concreto nas instituições de saúde, que devem ter por objetivo a regularização do lado humano de todos os envolvidos no processo de cuidar.

Os fatos relatados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) comprovam que a atenção humanizada destinada ao momento da parturição engloba os conhecimentos,

as práticas e as atitudes que têm em vista garantir as condições do parto e nascimento em condições saudáveis, tendo que levar em consideração primeiramente a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Para Diniz (2001), existe necessidade de alterações no entendimento em decorrência de alterações no parto, averiguada pela experiência humana, principalmente para aqueles que prestam o serviço de atendimento, compelidos pela urgência dos responsáveis por uma transformação no âmbito técnico, gerador de um posicionamento das ações em momentos oportunos e devido à apresentação incontestável de um quadro de sofrimento.

Pode-se observar que existem desigualdades relativas à provisão em saúde e um pequeno viés que encaminha pela *mercantilização* da assistência prestada ao parto. Os estudos relatam que mulheres com nível socioeconômico médio e alto, detentoras de maior escolaridade e principalmente usuárias do setor privado de saúde estão entre as que mais realizam o parto por cesariana. De acordo com Leal *et al.* (2014, p. 52), no setor de saúde suplementar.

Segundo estimativa de nascimento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), em sua Tabela 2679, no ano de 2017 houve o índice de nascimento de 2,96 milhões de crianças por ano. Se comparado ao quantitativo das cesáreas eletivas de cerca de 422 mil partos eletivos aproximadamente, constata-se que as parturientes perdem a oportunidade única de serem protagonistas do nascimento de seus filhos, tornando-se expostas, junto com eles, a maior incidência de riscos associados à mortalidade e causando um aumento desnecessário dos recursos empregados na área da saúde.

De acordo com a Febrasgo, a aplicabilidade do modelo de atenção humanizada requer a compreensão de um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que, disponibilizados conjuntamente, visam à melhoria da promoção do parto e do nascimento de forma saudável. Tal entendimento recai sobre questões que englobam a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, cujo início deve ocorrer no momento do primeiro pré-natal, para garantir que a mulher e o bebê obtenham a realização de procedimentos necessários a serem executados pela equipe de saúde

que se fundamentem em benéficos para ambos, sem intervenções consideradas desnecessárias, tendo como princípio básico o respeito à privacidade e à autonomia de ambos (BRASIL, 2001).

Cunha (1991, p. 934) destaca que:

Agora a mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do "desfiladeiro transpelvino". Segundo DeLee, para a mãe o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forçado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea). Através da pelvimetria, "base da ciência obstétrica", a pélvis feminina é esquadrihada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos. Nesse período disseminam-se os itens do armamentário cirúrgico-obstétrico, uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos hoje consideradas meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las.

A compreensão da necessidade de humanizar o atendimento pauta-se em tratar a mulher com uma assistência individualizada, cabendo à equipe de atendimento da gestante estimulá-la em sua possibilidade de realização do processo de nascimento do bebê. Segundo o Brasil (2001a), garante-se assim que a gestante assume, de forma integral, as decisões relativas à situação, resultando na diminuição da desigualdade, encontrada em muitos casos no tratamento, entre médico e paciente, passando a garantir a segurança e bem-estar necessário à parturiente e ao recém-nascido.

Pode-se caracterizar que a violência obstétrica tem sua ocorrência em quatro momentos distintos: em atendimentos emergenciais durante a gestação; no pré-parto; no parto; pós-parto.

Observando este contexto, torna-se salutar o destaque da importância participativa da mulher durante todo o processo decisório em cada etapa desse evento. Estudos realizados pela Rede Parto do Princípio (2012), revelam que o sentimento da paciente, ao não ser informada sobre os procedimentos a serem adotados, desencadeado pela não participação nas decisões relativas a seu corpo, tende a ser associado à insatisfação ou violação.

O parto se distingue como um momento de maior importância e um ápice de uma gestação para uma mulher, em que ela é protagonista e merecedora de todo o cuidado e apoio a serem providos pelos profissionais que prestam atendimento a gestante. A condição de segurança tem por finalidade tornar o momento do parto um ato natural e mais humanizado possível. O processo de parir é um ato fisiológico, resultando dessa forma que a mulher somente necessite de acolhimento pautado pela humanização das ações praticadas pelos profissionais que prestam atendimento a gestante.

No Brasil, na atualidade, esse tipo de violência praticada de forma institucional pelas maternidades e hospitais é minimamente discutido ou debatido, sendo mesmo ignorado pela sociedade. Tal prática de agressão revela-se comum, com justificativas baseadas em dificuldades de cunho estrutural e capacitação inadequada de pessoal, somadas à impunidade destinada a tais práticas.

A violência obstétrica, quando presente na vida das mulheres, permanece gravada em sua memória e desencadeia a geração de traumas associada a uma experiência vivenciada de forma solitária, o que agride diretamente os direitos humanos como igualdade, dignidade, respeito, justiça e valor da pessoa humana. Assim ressalta Aguiar (2010, p. 43):

Nesse sentido, de acordo com a legislação argentina e a venezuelana (uma vez que não há leis brasileiras com essa definição), a violência obstétrica é definida como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. A lei venezuelana complementa ainda como consequência a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

2.3 TIPO DE PROCESSO E RESPONSABILIZAÇÃO

Como pesquisado, a responsabilidade legal que a violência obstétrica delimita alcança uma esfera ampla, abrangendo áreas como a penal, a civil e a administrativa. Ocorre

na primeira esfera, quando as atribuições de responsabilidades se qualificam como dano, pela gravidade, descrita pelo art. 163 do Código Penal:

Dano

Art. 163. Destruir, inutilizar ou deteriorar coisa alheia:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Dano qualificado.

Parágrafo único - Se o crime é cometido:

I - Com violência à pessoa ou grave ameaça;

[...]

IV - Por motivo egoístico ou com prejuízo considerável para a vítima:

Pena - detenção, de seis meses a três anos, e multa, além da pena correspondente à violência (BRASIL, 1940).

Cabe enfatizar que, no inciso IV, há um agravante se resultar em sofrimento que causa uma comoção da comunidade em que a gestante está inserida, ultrapassando o âmbito primário do paciente e o secundário atribuído a sua família.

No âmbito da responsabilidade civil, o dano é configurado quando ocorre a amplitude de sua repercussão e seu alcance reverbera no paciente e se estende a sua família, concentrando seu foco no profissional, ao qual é atribuída a responsabilidade, conforme o art. 951 do Código Civil:

Art. 951. O disposto nos Arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo ao trabalho (BRASIL, 2002a).

Por sua vez, a responsabilidade administrativa ou, como podemos traduzi-la, as relações com funcionários (Direito Administrativo) são pautadas pelo art. 12 do Código de Processo Civil e regulam as representações em juízo da pessoa jurídica pública:

a) pessoas jurídicas de direito público: a União, os Estados, o Distrito Federal e os territórios serão representados por seu procurador (I); o município por seu prefeito ou procurador (II); as autarquias e empresas públicas por quem os respectivos estatutos designarem, ou não designando, por seus diretos (VI).

b) o princípio da responsabilidade objetiva não se reveste de caráter absoluto, eis que admite o abrandamento e, até mesmo, a exclusão da própria responsabilidade civil do Estado, nas hipóteses excepcionais configuradoras de situações liberatórias – como o caso fortuito e a força maior – ou evidenciadoras de ocorrência de culpa atribuível à própria vítima.

Diniz (2013, p. 348) classifica a responsabilidade do médico como contratual, afirmando:

A responsabilidade do médico é contratual, por haver entre médico e seu cliente um contrato, que se apresenta como uma obrigação de meio, por não comportar o dever de curar o paciente, mas de prestar-lhe cuidados conscienciosos e atentos conforme os progressos da medicina. Todavia, há casos em que a obrigação de resultado, com o sentido de cláusula de incolumidade, nas cirurgias estéticas e nos contratos de acidentes. Excepcionalmente a responsabilidade do médico terá natureza delitual, se ele cometer um ato ilícito penal ou violar normas regulamentares da profissão.

A caracterização da responsabilidade civil objetiva do poder público, contida no art. 37 § 6º da Constituição. São elas, segundo Gravina (2004):

- a) as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros assegurados o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa;
- b) a obrigação de reparar danos patrimoniais decorre de responsabilidade civil objetiva. Se o Estado, por suas pessoas jurídicas de direito público ou pelas de direito privado prestadoras de serviços públicos, causar danos ou prejuízos aos indivíduos, deve reparar esses danos, indenizando-os, independentemente de ter agido com dolo ou culpa;
- c) os requisitos configuradores da responsabilidade civil do Estado são: ocorrência do dano; nexa causal entre o *eventus damni*³ e a ação ou omissão do agente público ou do prestador de serviço público; a oficialidade da conduta lesiva; inexistência de causa excludente da responsabilidade civil do Estado;
- d) No direito brasileiro, a responsabilidade civil do Estado é objetiva, com base no risco administrativo, que ao contrário de risco integral, admite abrandamentos. Assim, a responsabilidade do Estado pode ser afastada no caso de força maior, caso fortuito, ou ainda, se comprovada a culpa exclusiva da vítima;
- e) Havendo culpa exclusiva da vítima ficará excluída a responsabilidade do Estado. Entretanto, se a culpa for concorrente, a responsabilidade civil do Estado deverá ser mitigada, repartindo-se o quantum da indenização;
- f) A responsabilidade civil do Estado não se confunde com as responsabilidades criminais e com as responsabilidades administrativas dos agentes públicos, por tratar-se de instâncias independentes. Assim, a absolvição do servidor no juízo criminal não afastará a responsabilidade civil do Estado, se não ficar comprovada culpa exclusiva da vítima;
- g) A indenização do dano deve abranger o que a vítima efetivamente perdeu, o que dependeu, o que deixou de ganhar em consequência direta e imediata do ato lesivo do poder público, ou seja, deverá ser indenizada nos danos emergentes e nos lucros cessantes, bem como honorários advocatícios, correção monetária e juros de mora, se houver atraso no pagamento. Além disso, nos termos do art. 5º, V, da Constituição Federal, será a indenização por danos morais;

³ *Eventus damni* é a prática de ato que diminui o patrimônio do devedor, prejudicando o credor, seja porque o ato o tornou insolvente ou porque praticado quando já estava em estado de insolvência, o dano compreendido como prejuízo decorre do ato fraudulento do devedor, portanto, é o elemento objetivo da fraude contra credores.

h) A Constituição Federal prevê ação regressiva contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Observa-se que o Código Civil brasileiro, em seu art. 15, estabelece que ninguém “[...] pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002a), provocando a ideia de que as pessoas jurídicas de direito público são enquadradas como civilmente aptas e plenamente responsáveis por atos praticados por seus representantes ou prepostos que, ao estarem nessa qualidade, venham por suas atitudes causar quaisquer danos a terceiros, por meio de ações ou procedimentos que evidenciem o contraditório ao direito estabelecido ou mesmo negligenciando o dever que se encontra descrito por lei específica. Esse dispositivo fundamentado no Código Civil tem por atribuição a não admissão da responsabilidade sem a devida culpa.

2.4 O DANO À PACIENTE

De acordo com Diniz (2013, p. 153), o fundamento primário da reparação

[...] está no erro de conduta do agente, no seu procedimento contrário à predeterminação da norma, que atine com a própria noção de culpa ou dolo. Se o agente procede em termos contrários ao direito, desfere o primeiro impulso, no rumo do estabelecimento do dever de reparar, que poderá ser excepcionalmente ilidido, mas que, em princípio, constitui o primeiro momento da satisfação de perdas e interesses. Esse direito lesado, na perspectiva médico-legal, consiste no dano corporal (dano pessoal) que aponta para duas categorias jurídicas: O dano patrimonial ou econômico e dano extrapatrimonial ou não econômico.

No decorrer das pesquisas, verificou-se que os principais danos durante o parto que ensejaram a demanda de ressarcimento por meio do poder judiciário estão pautados sobre o direito da mulher e posteriormente do bebê. Ressalte-se que o papel da mulher, quando compõe a maior parte do núcleo familiar, fica prejudicado e transpassado pelo sentimento sofrido pelos danos ao seu bebê, quando ocorrem lesões físicas a ambos, parto desassistido pela equipe de assistência a gestante, negativa de acompanhante em desacordo com a Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005, e a peregrinação por vaga no Sistema Único de Saúde.

Considerando que as lesões físicas deixadas nas mulheres, descritas nos acórdãos encontrados nos tribunais de justiça, fundamentam-se relacionadas em um grande leque de opções que variam: pacientes em estado vegetativo pós-parto, esquecimento de objeto cirúrgico dentro das pacientes que optam por cesarianas, infecções de incisões, fístulas vesico-uterinas (síndrome de Youssef), restos placentários deixados no interior da cavidade uterina, fístula reto-vaginais ocasionadas por episiotomia. Cavalieri Filho (2010, p. 389) destaca:

Culpa e erro profissional são coisas distintas. Há erro profissional quando a conduta médica é correta, mas a técnica empregada é incorreta; há imperícia quando a técnica é correta, mas a conduta médica é incorreta. A culpa médica supõe uma falta de diligência ou prudência em relação ao que era esperável de um bom profissional escolhido como padrão; o erro é a falha do homem normal, consequência inelutável da falibilidade humana. E, embora não se possa falar em um direito ao erro, será este escusável quando invencível à mediana cultura médica, tendo em vista circunstâncias do caso concreto.

Ainda existem partos desassistidos que tiveram sua ocorrência nas dependências externas ou até mesmo na área interna dos hospitais ou na recepção, qualificados em casos de responsabilidade administrativa.

3 O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

A violência, na atualidade, tornou-se um problema social, consolidada por um amplo e constante processo de expansão, enraizada em diversas formas ou atos. Essa violência praticada contra a mulher, de características especiais, se revela como um problema de cunho do Estado, englobando violações aos direitos humanos, encontradas com maior frequência, e passou a elencar sua constituição direcionada como um problema voltado à saúde pública, recaindo a condição de gerador de custos econômicos e sociais mensurados como elevados. Conforme Diniz e Chacham (2006, p. 82, grifo do autor), as mulheres:

[...] que usam o SUS durante o pré-natal frequentemente não conseguem reservar um lugar para o parto. As normas para o atendimento pré-natal recomendam que os profissionais de saúde forneçam à mulher no final da gravidez uma carta de recomendação a um hospital, para ajudá-las a conseguir um leito para o parto. Os profissionais de saúde referem-se jocosamente a esta carta como um “alvará de vire-se”, pois em geral não produz resultado [...] Para mulheres que dependem do SUS, o acesso a um leito em qualquer maternidade apresenta vários problemas. Um deles é quando se dirigir ao hospital para assegurar acesso a um leito. Por não haver consenso sobre quando o trabalho de parto começa, alguns hospitais aceitam a mulher logo no início do processo, o que tende a produzir mais intervenções. Outros só aceitam as mulheres que estão prestes a dar à luz, o que dá a elas pouquíssimo tempo para procurar um leito.

A *Rede Cegonha* é uma estratégia do Ministério da Saúde, lançada em 2011, que vai de encontro ao descrito por Diniz e Chacham (2006), realizando a vinculação da gestante do pré-natal ao local em que será realizado o parto, considerado momento muito importante para a gestante e sua família.

A *Convenção de Belém do Pará* (COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996), no que tange à violência associada ao gênero, se pondera considerar que das violências descritas como físicas, sexuais e psicológicas oriundas das ocorrências em hospitais, tanto em âmbito privado quanto em âmbito público, considerando que tais atitudes podem ser perpetradas, de forma direta ou indireta, inclusive pelo próprio Estado e seus agentes prepostos. Tal tipologia de violência manifesta-se por meio das relações nocivas obtidas pelo poder, vindo a costurar culturalmente ações de desigualdades em fatos

ocorridos entre pessoas, conforme descrita pela pesquisa *Sentidos do Nascer no Brasil* (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das mulheres entrevistadas no pós-parto de acordo com o relato de violência obstétrica *Sentidos do Nascer, Brasil, 2015-2017*

Características	Sim (N = 70)* n(%)	Não (N = 460)* n(%)	Valor-p	Total (N = 530)*
<u>Idade</u>				
≤19	2 (2,9)	29 (6,4)	**	31 (5,9)
20-34	59 (84,3)	347 (76,3)	0,136	406 (77,3)
≥35	9 (12,9)	79 (17,4)		88 (16,8)
<u>Cor da Pele</u>				
Negra (Parda/preta)	44 (62,9)	230 (50,1)	0,047	274 (51,8)
Outras	3 (4,3)	8 (1,7)	0,165	11 (2,1)
Branca	23 (32,9)	221 (48,1)		244 (46,1)
<u>Estado civil</u>				
Solteiro/separado	19 (27,1)	63 (13,7)	0,004	82 (15,5)
Casado/ união estável	51 (72,9)	397 (86,3)		448(84,5)
<u>Escolaridade¹</u>				
Ensino Fundamental /Médio	12 (17,1)	106 (23,5)	0,24	118 (22,6)
Ensino Superior ou +	58 (82,9)	346 (76,5)		404 (77,4)
<u>Renda familiar²</u>				
< 2 SM	14 (23,0)	84 (19,4)	0,509	98 (19,8)
2 a <5 SM	25 (41,0)	136 (31,3)	0,132	161 (32,5)
5 a 10 SM	17 (27,9)	112 (25,8)	0,731	129 (26,1)
≥ 10 SM	5 (8,2)	102 (23,5)		107 (21,6)
<u>Plano de Saúde</u>				
Não	21 (30,0)	91 (19,8)	0,052	112 (21,2)
Sim	49 (70,0)	368 (80,2)		417 (78,8)
<u>Local do parto</u>				
SUS	32 (45,7)	160 (34,9)	0,078	192 (36,3)
Domicílio	1 (1,4)	23 (5,0)	**	24 (4,5)
SS ³	37 (52,9)	276 (60,1)		313 (59,2)
<u>Tipo de parto</u>				
Cesárea	39 (55,7)	206 (44,8)	0,087	245 (46,2)
Vaginal/ Vaginal com fórceps ou vácuo extrator	31 (44,3)	254 (55,2)		285 (53,8)
<u>Satisfação no parto</u>				
Péssimo/ruim/indiferente	55 (78,6)	63 (13,7)	<0,001	118 (22,3)
Bom/Ótimo	15 (21,4)	397 (86,3)		412 (77,7)

Fonte:Lansky *et al.* (2019, p. 2816).

Os totais variam de acordo com os dados perdidos.

¹Considerado ensino completo ou incompleto (em curso).

²Salário mínimo em 2015: R\$788,00.

³SS: Saúde Suplementar.

Na Tabela 1, observa-se a apresentação dos índices que constataam a maior taxa de violência contra a gestante, considerando diversos aspectos da população brasileira. Com referência à faixa etária, foi constatada uma incidência de práticas consideradas

inapropriadas entre 20-34 anos, com um percentual de 14,53% das mulheres, ou seja, 59 casos em um universo de pesquisa de 406 mulheres. Na categoria “cor de pele”, 16,05% são de cor negra (parda/preta); 11,38% de mulheres situam-se na condição de Estado Civil Casado/União Estável. Um dado apresentado foi a taxa de 14,35% de mulheres com Ensino Superior ou mais, delineando um perfil que poderia conhecer os seus direitos.

Historicamente é notório o surgimento das escolas de medicina e cirurgia nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro, quando então os médicos iniciaram o interesse pela realização dos partos de forma profissionalizante, que passou a assumir características patológicas, vindo a sofrer intervenções cada vez maiores. Surgiram os chamados parteiros ou médicos-parteiros, que nada mais eram que médicos aptos à realização de partos que, na atualidade, são designados obstetras. Amorim (2016, p. 68) refere-se à violência obstétrica como:

[...] uma série de procedimentos, de condutas inapropriadas que afetam a mulher no momento que está mais sensível e que é um momento extremamente delicado, um momento quando tudo deveria ser alegria, sensibilidade, ternura, cuidado com atenção [...]. Ela pode ser maltratada, agredida verbalmente. Ela passa a receber uma série de procedimentos que não são baseados nas melhores evidências científicas. Ela pode sofrer das agressões mais diversas, inclusive, agressões físicas. E tudo isso entra no conceito do que é violência obstétrica., acolhimento

A pesquisa recente, realizada por Venturi e Godinho (2013) em âmbito nacional, apresentou visibilidade assustadora do problema: um índice aproximado de 25% das mulheres passaram por situação de parto e 50% das inclusas em condição de aborto (espontâneo ou não), evidenciando relatos de situações por elas consideradas como formas de violência obstétrica. Os fatos descritos são uma minoria, diante de uma imensidão de casos que ocorrem diariamente dentro dos serviços de saúde, observados de forma passiva pela sociedade e pelos profissionais vinculados à Atenção Primária à Saúde (APS).

Mesmo depois de defendido de forma firme que a prevenção quaternária junto à atitude positiva e à ação de identificação prévia para uma deliberação de evitar o risco de hipermedicalização, a resultar em uma causa de intervenções delineadas como desnecessárias que revertem a danos, atrelados aos profissionais da equipe de

atendimento da gestante que deve considerar as condições de violência obstétrica como parte de seu escopo de saberes, valores e práticas a serem difundidos em todos os ambientes com intuito de propiciar uma melhoria nas condições de atendimento.

Venturi e Godinho (2013) também observam que, devido à ocorrência da institucionalização, constata-se, principalmente na rede pública de saúde, um índice 52% de mulheres brasileiras que optam, sem intervenção de nenhum profissional da área de saúde, por realizarem seu parto por cesariana, sendo que na rede privada esse número atinge 88% dos trabalhos de partos, considerando as mesmas condições na rede particular. Um resultado alarmante refere-se ao índice de 59% referente a gestantes que foram orientadas ou mesmo designadas para uma determinada instituição, indicada por terceiros que não possuem vínculo com a equipe de atendimento a gestantes, com intuito de realizarem seus partos em local previamente escolhido. Um quantitativo de apenas cinco 5% dessas mulheres relatam terem realizado seu parto em uma condição livre de quaisquer intervenções.

Torna-se evidente que o parto é um momento indescritível e único na vida da mulher, no entanto a compreensão relativa ao cuidado a ser despendido pela equipe de atendimento a gestante engrandeceria em singularidade se essa atenção fosse pautada no protagonismo efetivo da mulher, direcionando-se tal momento para que tenha a condição natural e humanizada possível. Em completa distinção de outros acontecimentos e procedimentos que recaem na necessidade de cuidados hospitalares, o processo de parturição é delineado como fisiológico, com características normais, vindo a necessitar, em sua grande maioria das vezes, simplesmente de um apoio profissional para o acolhimento e a atenção da gestante que, nesse momento, necessita de um ato de humanização.

Deslandes (2004) defende que a atitude de humanizar se refere à prestação de uma assistência profissional que possua como prioridade a qualidade exigida do cuidado, visando garantir o respeito atribuído aos direitos da paciente em sua individualidade e cultura, bem como a valorização da equipe de profissionais que prestam a assistência, estabelecendo a construção de um ambiente concreto nas instituições de saúde, que tenham por objetivo a regularização do lado humano de todos os envolvidos no processo de cuidar.

No âmbito geral da discussão, segundo Souza, Gaíva e Modes (2011), o Ministério da Saúde interveio criando políticas de atenção integral à saúde da mulher, com o objetivo de garantir os direitos relativos à cidadania, direitos sexuais e reprodutivos desse grupo. Isso pode ser evidenciado pelo exemplo do PHPN, criado em 2000, que almeja a busca por avanços na cobertura e na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, destinado exclusivamente para as mulheres e seus filhos, segundo os direitos que asseguram a cidadania (BRASIL, 2001a).

A Portaria n.º 1.459, 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Consiste em uma estratégia do Ministério da Saúde para a implementação de uma rede de cuidados às mulheres, desde o planejamento reprodutivo, passando pela atenção humanizada durante a gravidez, parto e pós parto. As crianças também são garantidas pelo direito do nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudável.

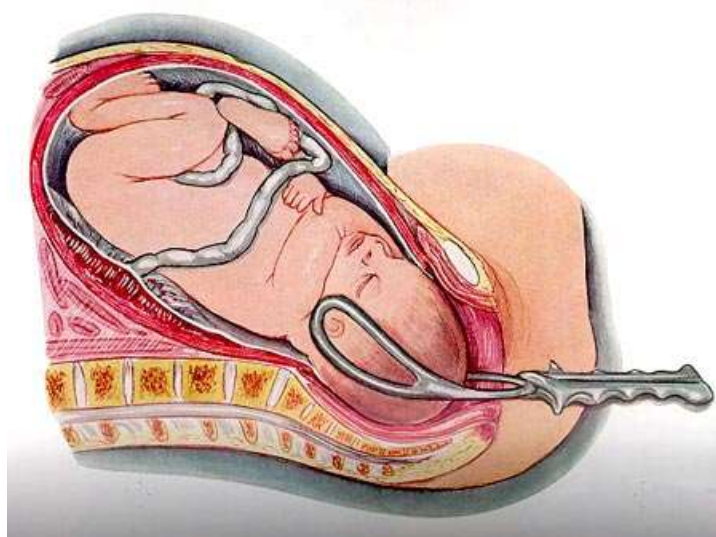
Dias e Domingues (2005) asseveram que a humanização da assistência ao parto vai ao encontro dos desejos das mulheres de que a vivência do parto aconteça conforme suas perspectivas. Gonçalves *et al.* (2011 *apud* ANDRADE; AGGIO, 2014, p. 3) destacam que “[...] respeitar a autonomia, a individualidade e a privacidade são condições imprescindíveis para que ocorra o parto humanizado”.

Considerando que a mulher e seu corpo não serão vistos como máquina, sobre a qual os profissionais da equipe de atendimento a gestante deteriam todo o saber técnico relativo a ela, a partir da visão humanizada ocorre a inserção de informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos relativos à mulher no processo de gestar e parir, com a presença de acompanhante inclusive. É necessário respeitar a decisão da mulher, pautada em situações de normalidade, sobre o modo de ter seus bebês e respeitar a expressão de suas emoções e seus sentimentos, consolidando a Política Nacional de Humanização (2003), ao mudar o foco para a mulher e adotar os procedimentos necessários para deixá-la muito menos vulnerável à violência obstétrica.

Outro procedimento, denominado fórceps, segundo Cunha (2011, p. 550), é “[...] um instrumento destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal do

parto”. Este instrumento, no entanto, ainda configura uma das maiores causas de ferimentos maternos e fetais, tendo sua utilização dentro das limitações funcionais no transcorrer do parto ou quando o médico constata o sofrimento fetal acompanhado por uma parada do período expulsivo.

Figura 4 – Demonstração de parto com uso de fórceps



Fonte: Vida Prenatal Center (2020).

Amorim, Souza e Porto (2010) descrevem que a decisão tomada pelo médico para o parto denominado instrumental, ou seja, que utiliza técnicas que envolvem o fórceps, demanda de vários fatores para sua indicação, entre as quais o período expulsivo prolongado e sem avanço, exaustão física da paciente, instabilidade nos padrões rítmicos cardíacos do feto, a eclampsia da gestante e as cardiopatias entre elas a hipertensiva. Sendo assim, em concordância com os autores que verificaram a não existência de ensaios clínicos os quais possam validar essa indicação, a decisão pela opção em realizar um parto instrumental recai sobre o obstetra, que tem o dever de informar à gestante e ao acompanhante sobre o método para o consentimento.

Segundo a orientação que consta na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p. 160) que destaca procedimentos utilizados durante os Partos, Abortos e Puerpério correlacionados a Assistência Humanizada à Mulher onde afirma que: “episiotomia, fórceps e extração vácuo devem ser evitadas, sempre que possível”. No entanto, observa-se que tais procedimentos ainda persistem de forma abusiva, com grande intensidade e com incidência desnecessária. Esse uso indiscriminado acarreta

uma majoração do consumo de material hospitalar e um aumento de custos, com possibilidade de complicações, incidindo em internação prolongada e gerando incapacidade para puérperas. Quanto à utilização do referido instrumento obstétrico e à saúde da mulher, observemos alguns trechos do Ministério Público junto ao Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (DISTRITO FEDERAL, 2000) sobre denúncias do procedimento utilizado. O Acórdão n.º 130831/2000 – TJDFT (DISTRITO FEDERAL, 2000) assevera:

Portanto, não foi apurado se o uso de fórceps era ou não indicado. Mas o denunciado, como dito, iniciou o parto com o seu emprego, por mero capricho pessoal, submetendo a paciente a sofrimento exagerado e desnecessário por sentimento de vingança à sua oposição à terapêutica imposta por ele. Assim o denunciado, consciente e assumindo o risco de produzir o resultado, fez, com mão bruta, um fórceps cruzado, com uma das colheres da pinça tocando a região occipital direita do feto, produzindo-lhe, com esse instrumento, contundente por natureza, traumatismo cranioencefálico e outras lesões descritas no laudo.

A episiotomia, por sua vez, utilizada como procedimento necessário, mas não utilizada de forma indiscriminada, não pode ser considerada violência, pois trata-se de um procedimento cirúrgico que tem como objetivo aumentar a abertura vaginal realizado por uma incisão no períneo, somente no final do período expulsivo, mais especificamente no momento do desprendimento fetal. Essa incisão tem como objetivo realizar a proteção do períneo contra lesões por laceração desordenadas em situações especiais. Embora tenha sido um procedimento cirúrgico considerado muito comum no final do século passado, a episiotomia foi introduzida sem considerar nenhuma evidência científica que apontasse de forma suficiente um posicionamento sobre sua efetividade. Por esse motivo, em um âmbito mundial, foi progressivamente descontinuada, com um papel de procedimento restrito e não mais rotineiro. Previatti e Souza (2007, p. 198) assinalam:

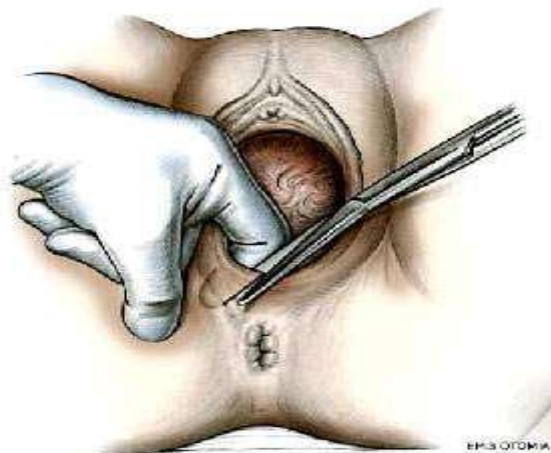
É fato que a episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica. É fato também que os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidências científicas atuais, bem como as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantêm um enfoque intervencionista e assim subtraem da mulher-parturiente a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia.

As mudanças na utilização de técnicas prévias de proteção perineal podem assegurar o desempenho do papel de forma relevante na prevenção das lacerações graves, principalmente após a adoção de medidas de execução do procedimento de forma seletiva da episiotomia. A implementação de técnicas de procedimento de assistência manual e a proteção perineal realizada durante o segundo estágio do trabalho de parto impactaram na redução significativa da incidência de lesões perineais.

Observa-se que as mulheres são, a cada dia, mais incentivadas a escolherem sua opção para o momento do parto, ocasionando a redução da proteção perineal. Sendo assim, a utilização dessas manobras de proteção perineal durante o período expulsivo e a utilização seletiva da episiotomia, considerando as indicações da equipe de atendimento da gestante, desenvolverão uma melhor assistência ao parto vaginal.

Diniz (1999) defende que, quando a técnica da episiotomia é indicada para uma parturiente, é recomendado a técnica denominada médio lateral, determinando uma atenção especial com intuito de garantir que o ângulo se mantenha 60° da linha média na condição que o períneo esteja distendido, de acordo com a Figura 5.

Figura 5 – Demonstração de episiotomia



Fonte: Duarte (2012).

Outro procedimento é a manobra de Kristeller, que consiste em uma técnica que visa exercer pressão de forma forte sobre o abdômen da parturiente, utilizando as mãos, os punhos ou os antebraços, localizando na zona da parte superior do útero. Essa manobra tem que coincidir com a contração e os esforços efetuados pela mãe, tendo

como objetivo a facilitação ou aceleração do posicionamento e posterior nascimento do bebê (DINIZ, 1999).

Figura 6 – Demonstração da manobra de Kristeller



Fonte: La maniobra... (2020)

O Ministério Público Federal em São Paulo-MPF/SP (2014) produziu recomendações como ato proscrito pelo Conselho Regional de Medicina caracterizando como violência obstétrica:

O Hospital Geral de Pedreira OSS, na Vila Campo Grande, zona sul da capital paulista, reconheceu que a chamada "manobra de Kristeller" é uma forma de violência contra as parturientes e aboliu a prática na realização de partos. A medida atende a recomendação do Ministério Público Federal em São Paulo (MPF/SP). A técnica banida consiste em pressionar com força a parte superior do útero para agilizar a saída do bebê pelo canal vaginal, o que pode causar lesões graves à mãe e ao bebê, como fratura de costelas, deslocamento de placenta e traumas encefálicos. A recomendação foi expedida após o MPF receber denúncia de uma gestante que deu à luz no hospital. Ela relatou ter sofrido dores extremas ao ser submetida à "manobra de Kristeller". Segundo a mulher, um dos médicos que a atendeu subiu duas vezes sobre suas costelas para fazer peso e tentou empurrar o bebê com os punhos fechados.

[...]

Proscrito - O Conselho Regional de Medicina em São Paulo já se pronunciou no sentido de que a "manobra de Kristeller" é procedimento proscrito, estando atrelada a inúmeros traumas materno-fetais. O Ministério da Saúde e entidades da área de ginecologia e obstetrícia também condenam a prática devido à sua ineficácia e aos riscos que traz à mãe e ao bebê. Apesar disso, uma pesquisa deste ano da Fundação Oswaldo Cruz revela que 37% das gestantes pertencentes ao grupo de risco obstétrico habitual foram submetidas à manobra no Brasil (MPF/SP..., 2019, p. 1).

Por meio de relatos históricos, pode-se descobrir que a técnica da obstetrícia foi pensada e desenvolvida pelo ginecologista polaco Samuel Kristeller em meados do século XIX. Não obstante, apesar de ter sido utilizada com frequência, diversas organizações ligadas à especialização de Ginecologia e Obstetrícia destacam que não existem evidências significativas de que essa manobra facilite o nascimento do bebê.

O procedimento da cesárea é o parto escolhido por uma boa parte das mulheres — cerca de 20% —, sem que muitas delas saibam os riscos atrelados a esse procedimento. Deve-se considerar que, em uma cesárea, a existência do risco de morte é mensurada em aproximadamente cinco vezes em comparação ao parto normal. As cesarianas representam um aumento do risco associado a prognóstico negativo encontrado em gravidez de baixo risco. Um fator negativo diz respeito à exigência de um tempo maior para reestabelecimento da paciente em comparação ao parto vaginal (BRASIL, 2001a).

O aconselhamento é que a cesariana não seja realizada apenas com o objetivo de evitar a dor para a parturiente, tratando-se então como fundamental que o médico só realize a indicação desse procedimento em caso de necessidade. Os principais casos em que será necessária a realização de uma cesariana são estabelecidos nas *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*, no Art. 1º. Portaria n.º 306, de 28 de março de 2016, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

- 1. Falha na progressão do parto:** esse fato ocorre quando se apresenta uma falha na evolução do trabalho de parto, que pode ser decorrente do tamanho do feto, da posição anormal, do tamanho do canal vaginal ou a pouca força de contração do útero; esses fatores só podem ser utilizados como referencial para uma cesariana depois que o médico efetuar uma avaliação precisa e, caso indicado, estimular, por medicamentosos ou não, as contrações; se não ocorrer resposta, se recomenda a cesariana.
- 2. Placenta prévia:** é a implantação da placenta na porção mais baixa da cavidade uterina, recobrando o orifício interno do colo do útero (canal do parto) ou perto dele. A placenta é uma estrutura mantenedora capaz de fornecer alimentos e oxigênio ao feto, além de remover possíveis resíduos no sangue do feto. Normalmente constata-se a ocorrência de sangramento verificado nas

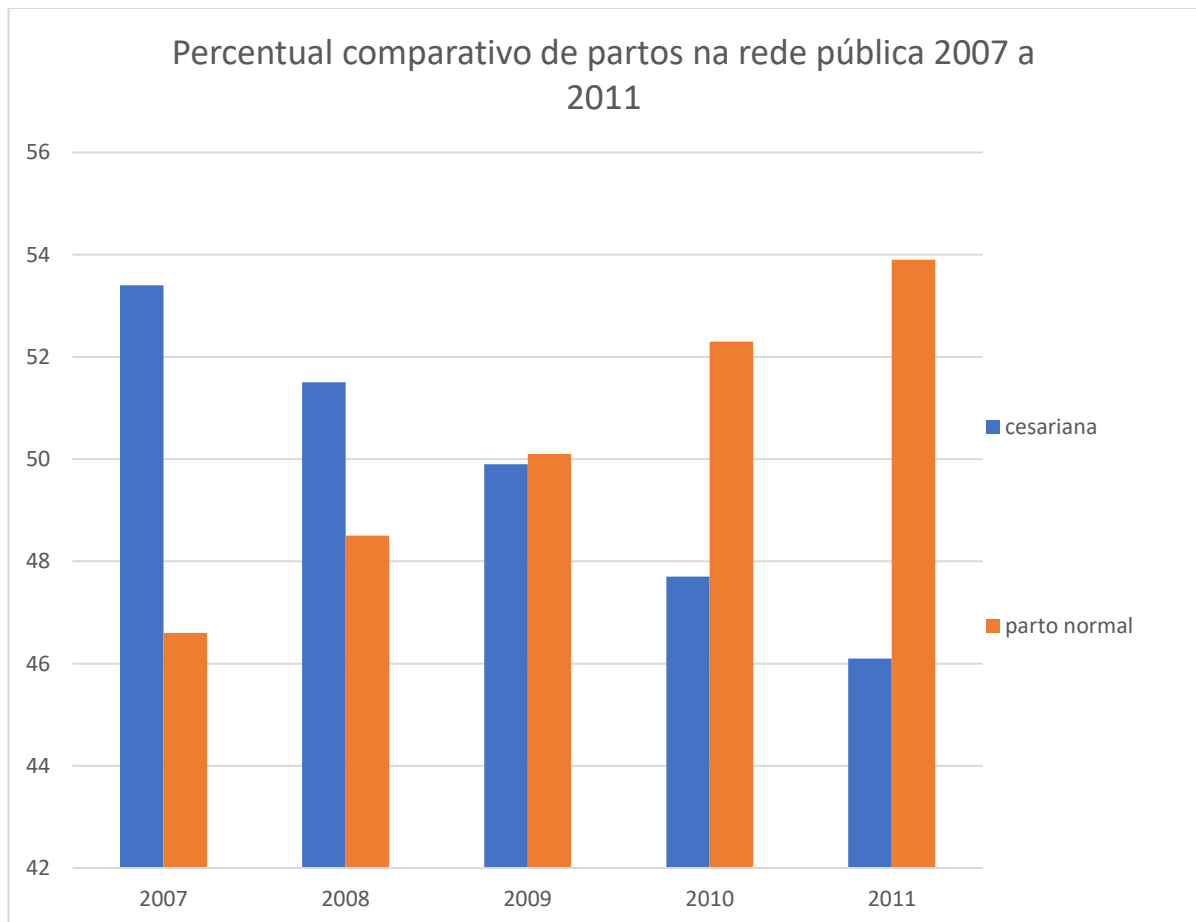
últimas semanas de gestação, relacionado diretamente à implantação da placenta no colo do útero.

3. **Descolamento prematuro da placenta:** observa-se que a ocorrência desse fato aumenta de forma assustadora o risco de mortalidade do bebê e da mãe. É necessária a realização da cesárea enquanto o feto ainda se encontra com vida; já quando se constata a morte do feto, os procedimentos recomendam o parto normal.
4. **Desproporção cefalopélvica:** ocorre porque o diâmetro da cintura pélvica é menor que o diâmetro cefálico, vulgarmente falando, quando a cabeça do feto é maior que a pelve da mãe; possui as características que resultam na geração de dificuldades ao parto vaginal; esse diagnóstico normalmente se verifica no momento do parto, analisando o partograma, que descreve uma representação gráfica da evolução gradativa do trabalho de parto.
5. **Prolapso do cordão umbilical:** indicação feita quando ocorre um quadro caracterizado pela expulsão parcial do cordão umbilical pela vagina antes da saída do bebê; essa ocorrência determina a necessidade da cesariana como recomendação essencial devido à pressão executada no momento do parto, podendo fazer com que o bebê tenha suspenso seu fluxo de sangue por um período de tempo.
6. **Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora:** a descrição desse quadro representa um estado inicial ou complicador verificado pela hipóxia fetal intrauterina; expressa a recomendação evidenciada da cesárea a ser realizada posteriormente à análise de um quadro de características, descritos como o aspecto do líquido amniótico, dilatação, entre outras.
7. **Cesárea após a realização de cesárea anterior:** essa condição remete à opção da realização da cesariana devido à possibilidade de que um parto normal ocasione provavelmente uma ruptura da cicatriz do útero, por ter havido um parto cesariano realizado anteriormente (iteratividade).
8. **Paciente com HIV:** esse fato requer um alto grau de recomendação da intervenção por cesárea quando os casos demonstram que a mãe é soropositiva, pois o parto vaginal se torna um risco e a cesariana reduz significativamente os riscos de transmissão do vírus.
9. **Gestação múltipla:** nesse caso, deve-se proporcionar uma análise do estado da mãe e dos bebês, entretanto, em alguns casos, os médicos tendem a optar

por parto normal. A se depender das condições, o caso deve ser avaliado criteriosamente com a atenção fundamentada de forma individual, precavendo-se com o respeito aos cuidados necessários; as recomendações internacionais prescrevem que não sejam realizadas intervenções cesarianas a data inferior a 39 semanas de gravidez sem uma justificação médica plausível.

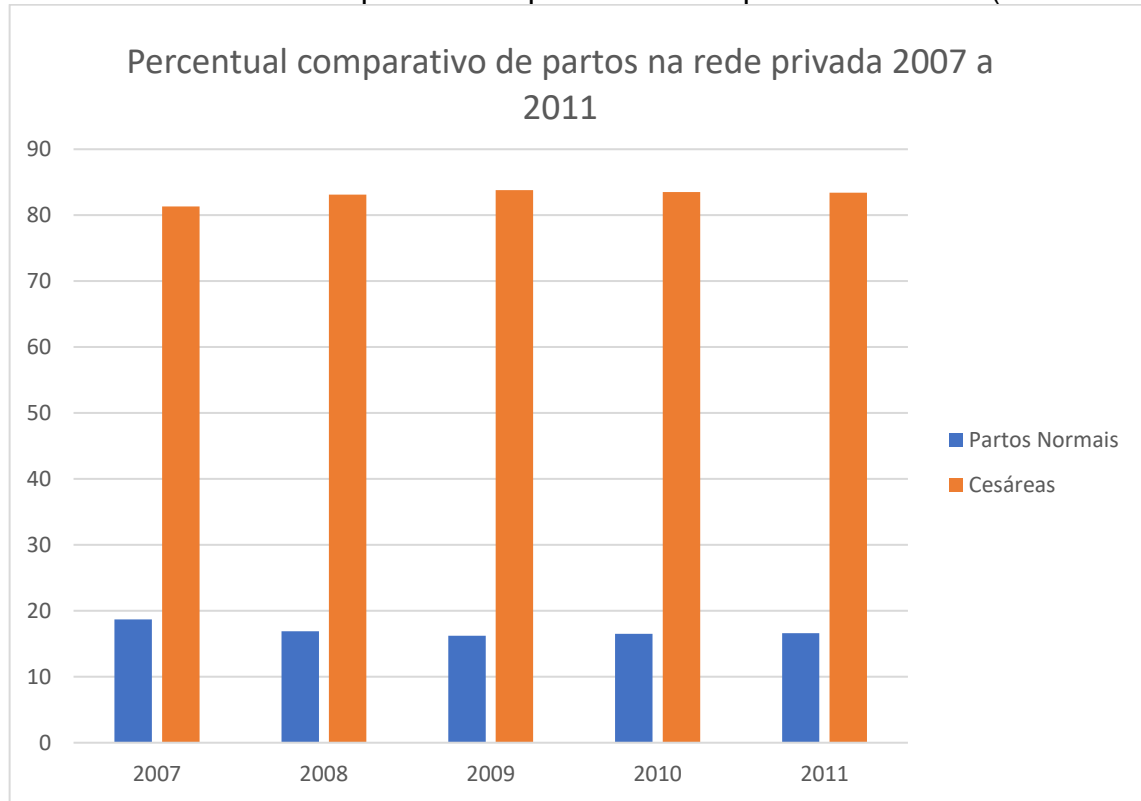
Existem desigualdades relativas à provisão em saúde e um pequeno viés que encaminha pela mercantilização da assistência prestada ao parto. Os estudos são unânimes ao relatar que as gestantes com nível socioeconômico enquadrado nos níveis médio e alto, detentoras de um nível de escolaridade maior e principalmente se forem usuárias do setor privado de saúde, estão entre as que mais preferem o parto por cesariana (Gráfico 1 e 2).

Gráfico 1 – Percentual comparativo de partos da rede pública no Brasil (2007-2011)



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 2 – Percentual comparativo de partos da rede privada no Brasil (2007-2011)



Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016, p.1).

A exposição *Sentidos do Nascer* (2019) correlatou aspectos em sua expressão para o público assim descrito sucintamente (Quadro 5).

Quadro 5 – Fragmentos de relatos de violência obstétrica segundo categorias de desrespeito e abuso durante o parto e o nascimento entre mulheres que visitaram a Exposição *Sentidos do Nascer* (BRASIL, 2015-2017)

(Continua)

Categorias de desrespeito e abuso	Fragmentos dos relatos das mulheres
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	"Queriam amarrar meus braços". "Eu não queria ter feito episiotomia. Não fui informada que seria feito o procedimento. Durante o parto eu pedi pra tomar uma dose de anestesia e depois que fizeram o corte que eu fui me dar conta que tinha feito." "Oh, a única coisa que não gostei é de ter subido na minha barriga sem avisar"; "... meu marido foi obrigado a assinar um termo autorizando o uso de fórceps". "comprometeu (o médico) a encaminhar meu plano de parto para a equipe da cesárea e não o fez". "Com 6 cm de dilatação eles me deitaram e queria que eu ficasse deitada. Eu tive que brigar pra ficar de cócoras porque minha filha não estava encaixada ainda. Não foi normal pra mim, de certa forma, porque eles fizeram um monte de coisas que eu não queria que acontecesse"; "Tive o corte no períneo e uma enfermeira empurrando minha barriga";

Quadro 5 – Fragmentos de relatos de violência obstétrica segundo categorias de desrespeito e abuso durante o parto e o nascimento entre mulheres que visitaram a Exposição Sentidos do Nascer (BRASIL, 2015-2017)

(Conclusão)

Categorias de desrespeito e abuso	Fragmentos dos relatos das mulheres
Cuidado indigno e abuso verbal	"Porque eu me senti violada, na verdade, me senti agredida"; "O obstetra que me operou já entrou na sala de parto dizendo: 'vamos acabar com isso que eu ainda preciso correr hoje'. A anestesista ficou no telefone o tempo todo falando com a operadora de crédito"; "Somos tratadas de maneira mecânica, quando perguntamos algo os profissionais não respondem com clareza o nosso questionamento"; "Eu percebi certa pressa nos profissionais que me atenderam por ser domingo à noite. Inclusive estavam um pouco desatentos pois era dia de clássico e estava sendo televisionado no hospital". "... O médico falou de forma muito grosseira 'eu sei que está doendo, não precisa gritar'. Eu me senti extremamente violentada"; "O médico cirurgião foi um grosso na forma de falar";
Abuso físico	"...toda hora fazendo o exame de toque e forçando". "...teve toque, desnecessário, parece que é forçado. E me senti mais exposta"; "Senti muitas dores depois na barriga porque tiveram que apertar minha barriga para ajudar a nascer"; "Me senti mutilada quando fizeram a episiotomia em mim"
Abandono, negligência ou recusa de assistência	"Eu fui deixada numa cadeira depois do pós-parto, logo que passou a anestesia. Quase uma tarde inteira sentada na cadeira. As enfermeiras não vinham me ajudar". "Eles me largaram lá no corredor gritando por muito tempo e isso me deixou muito triste"; "Cheguei na maternidade já em trabalho de parto e não teve assistência, ganhei sozinha e minha mãe precisou correr atrás do médico para ajudar";
Cuidado não confidencial ou não privativo	"Após me levarem ao bloco cirúrgico fizeram exame de toque em mim no corredor sem privacidade nenhuma"; "Fiquei em um quarto com mais de 6 gestantes, dividido por cortinas e divisórias. Escutava elas gritando de dor e aquilo me deixava mais nervosa, não tinha nada que pudesse me distrair!"
Discriminação baseada em certos atributos	"Fui muito maltratada do hospital, por ser de 23 semanas eles acharam que eu tinha tentado aborto e me maltrataram por isso"; "Houve atenção diferenciada para paciente conhecida do médico, ela entrou depois de mim e saiu antes bem antes para a cesariana";

Fonte: Lansky *et al.* (2019, p. 2819).

Oliveira e Andrade (2012, p. 1, grifo do autor) apontam outra condição importante:

[...] mulheres com menor escolaridade não consideram ter sido desrespeitadas. Para elas, que se baseiam no que ouviram da experiência de amigas e parentes próximos, o parto em hospital é assim mesmo. Vai doer; vão gritar com ela. Há até a percepção de algo negativo, mas por ser visto com naturalidade não é entendido como maus-tratos [...].

De acordo com a Febrasgo (BRASIL, 2001a), a aplicabilidade do modelo de atenção humanizada requer o entendimento de um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que, disponibilizados conjuntamente, visam à melhoria da promoção do parto e do nascimento de forma saudável, recaindo em questões que englobam a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Seu início ocorre no momento do

primeiro pré-natal e garante que a mulher e o bebê obtenham a realização de procedimentos necessários a serem executados pela equipe de saúde que se fundamentem em benefícios para ambos. Dessa forma, a equipe não executaria as intervenções consideradas desnecessárias, tendo como princípio básico o respeito à privacidade e autonomia de ambos.

O conceito a ser entendido, relativo à necessidade de humanizar o atendimento, pauta-se em tratar a mulher com uma atenção individualizada, atribuindo-se à equipe a função de estimular a mulher em sua possibilidade de realização do processo de nascimento do bebê. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), garante-se assim que a gestante assuma de forma integral as decisões relativas à situação, o que resulta na diminuição da desigualdade, encontrada em muitos casos no tratamento, entre médico e paciente, passando a garantir a segurança e o bem-estar necessário a parturiente e o recém-nascido.

A segurança e o bem-estar da parturiente e do recém-nascido são garantidos integralmente pelo Ministério da Saúde - Portaria n.º 11, de 7 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015):

[...]

Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se:

I - Alojamento conjunto: uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar;

II - Atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto;

III - Gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica;

IV - Parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico;

V - Parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; e

VI - Quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento

Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;
[...]

Aquino *et al.* (2014, p. S8) apresentam o oposto, quando opinam sobre o tratamento executado à gestante:

O modelo tecnocrático se manifesta distintamente no SUS e na assistência suplementar, acentuando desigualdades na qualidade do parto hospitalar que atingiu cobertura universal. Nos serviços públicos, é frequente a desarticulação entre a atenção pré-natal e ao parto, a peregrinação em busca de internação, e o uso rotineiro de episiotomia e ocitocina. Nos serviços privados, a cesariana agendada previamente mesmo entre primíparas alcança a maioria dos partos. Em ambos os setores, não se garante o direito à informação nem se respeita a autonomia das mulheres, fere-se a integridade corporal e nega-se o direito previsto em lei ao acompanhante, tornando o parto solitário, inseguro e doloroso.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988) confere, em seu art. 6º, direito à saúde, ao lazer, a proteção à maternidade e à infância e à convivência familiar, a todos os brasileiros. O parto é o momento em que se identificam direitos de várias naturezas: direitos humanos, direitos à saúde e direitos de proteção à maternidade. No entanto, é nesse instante especial na vida da mulher e das famílias que ocorre um dos mais revoltantes tipos de violência: a violência obstétrica.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Rede Parto do Princípio (2012, p. 51-2) caracteriza a violência obstétrica como:

[...] um traço da violência institucional se dá pela manutenção do constructo que perpetua o abuso das 52 ações cometidas pelo profissional de saúde, não o considerando um responsável civil pelos seus atos. Sobre este fato, novamente a afirmação de Diniz se mostra pertinente, ao considerar as políticas de humanização como estratégias menos acusatórias no diálogo com os profissionais de saúde. Outro risco é o do Estado continuar sendo condescendente para com a atuação negligente, imprudente e danosa do profissional de saúde, que encontra nas condições estruturais da instituição de atendimento as justificativas para os seus atos. E a mais grave de todas as considerações: continuar negando às mulheres os meios para fazer valer seus direitos como pessoa humana, em circunstâncias específicas de sua existência.

No Brasil, até os dias atuais ainda não se formou uma aprovação de legislação relativa ao tema. As discussões ainda são pautadas em atos genéricos. Destaca-se o projeto

de lei n.º 7.633/2014, que se encontra pendente em todas as quatro comissões em tramitação e apensado por diversos projetos de lei nessas comissões do Congresso Nacional, cuja autoria é do ex-deputado Jean Wyllys. Esse projeto trata especificamente da humanização nos atos de assistência à mulher e estendido ao neonato durante lapso temporal gravídico-puerperal, tendo como pilar a erradicação da violência obstétrica em ambientes hospitalares. Outro projeto de lei 7867/2017 de Jô Moraes cuja a ementa 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.

A qualificação da violência ao partejar é apresentada por intermédio da caracterização das intervenções consideradas mundialmente prejudiciais pela Organização Mundial de Saúde contra a integridade tanto física quanto psicológica das parturientes. Essas intervenções são impostas por determinadas instituições de saúde, tanto públicas como privadas, e alguns profissionais de saúde que não estão em consonância com os anseios garantidos pelos direitos humanos contidos na Constituição brasileira, apontam Mendes, Coelho e Branco (2007, p. 139):

Considera-se democrático aquele Estado de Direito que se empenha em assegurar aos seus cidadãos o exercício efetivo não somente dos direitos civis e políticos, mas também e, sobretudo dos direitos econômicos, sociais e culturais, sem os quais de nada valeria a solene proclamação daqueles direitos.

A violência, no aspecto do conceito físico, é identificada pelos atos praticados contra o poder de decisão sobre o corpo da mulher por ela mesma, atos tais que causam qualquer dor ou dano físico deles decorrentes e que não encontram base para se pautar em evidências científicas incontestadas. Podem-se citar como exemplos: a privação da parturiente de acesso a alimentos; interdição, mesmo que parcial, de sua livre movimentação; tricotomia ou raspagem de pelos de qualquer parte do corpo; uso da manobra de Kristeller, proibida pela OMS; utilização indiscriminada da ocitocina; realização de cesarianas de caráter eletivo sem a indicação técnica específica e até mesmo a não utilização devida de analgesia indicada de forma técnica.

Uma legislação considerada a mais ampla e abrangente encontrada em nosso país é a do estado de Santa Catarina — Lei n.º 17.097, de 17 de janeiro de 2017 —, que

dispõe, em seu art. 3º, uma especificação considerada exemplar por diversos pensadores:

[...]

Art. 3º - Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – Tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – Fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – Fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – Não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – Tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – Fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – Recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – Promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local (SANTA CATARINA (Estado), 2017).

Outro detalhamento relativo aos procedimentos sem consentimento realizados na gestante é tratado pela mesma lei a partir do inciso IX:

Art. 3º

[...]

IX – Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – Impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – Submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – Deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – Proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – Manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – Fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – Após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto (SANTA CATARINA (Estado), 2017).

A referida lei também amplia os direitos a terceiros após o momento do nascimento são asseverados pelo inciso XVII ao XXI:

Art. 3º

[...]

XVII – Submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – Submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – Retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – Não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – Tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Já a Fundação Rehuna (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO 1993, p. 1-2), apresentou um documento, denominado *Carta de Campinas*, este elenca diversas denúncias, decorrentes no âmbito hospitalar, entre elas, as práticas violentas encontradas no atendimento à mulher constatada no momento do parto, conforme apresentado a seguir:

[...] as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento [...]. No parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Estes eventos vitais cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor. Não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor.

Os aspectos de caráter psicológico se referem diretamente às atitudes praticadas de forma verbal ou comportamental, as quais provocam na mulher um sentimento evidenciado pela inferioridade, pela vulnerabilidade e pelo abandono, desencadeando uma instabilidade emocional alavancada por medo ou insegurança. Tais atos se revelam em observações de conversas contendo palavras ou insinuações de cunho ameaçador ou chacotas em piadas grotescas, associados a chantagens e ofensas à parturiente.

A referência do caráter sexual determina-se pelas ações que possuem a finalidade de interferirem diretamente na intimidade da mulher. Para elucidar, temos os exemplos da episiotomia sem autorização, os exames de toques excessivos praticados de forma

invasiva ou agressiva, a lavagem intestinal desnecessária e até mesmo a ruptura de membranas, ato executado sem consentimento prévio ou por imposição que a parturiente permaneça na posição supina no momento do parto.

A qualificação para o caráter institucional configura-se pelos impedimentos, mesmo que parcialmente, do acesso total dos serviços ligados ao atendimento à saúde da parturiente e seu bebê posteriormente, alcançando até a amamentação, considerando toda e qualquer omissão ou violação atrelada aos direitos das mulheres garantidos por leis; expressos por protocolos institucionais visando dificultar ou proibir normas.

Ao observar o caráter midiático, se revela que engloba determinadas ações específicas dirigidas em detalhes às gestantes, fato expresso por meios de comunicação, atingindo-a negativamente, com ações que denigrem seus direitos, impondo uma defesa baseada em práticas científicas banidas ou contraindicadas, associadas a outras ações características que abrangem um viés de fins sociais e econômicos. Esse fato é exemplificado pelos casos que se caracterizam pelo incentivo pontual à cirurgia cesariana que não apresenta indicação científica que a respalde, a cultura de desincentivo ao parto normal e as ideias negativas relativas ao desmame precoce sem consequências.

Por meio desses exemplos, podem-se constatar formas de persuasão, contrárias às indicações da OMS, que não são de escolha de forma livre realizada pela mulher em relação aos procedimentos a serem realizados. Esses procedimentos devem ser informados anteriormente a sua realização, o que, não ocorrendo, indica incontestavelmente a violência obstétrica e, pelo viés jurídico, a violação dos direitos humanos da gestante.

Observa-se que maiores críticas, relativas às violências obstétricas, recaem sobre o procedimento de episiotomia, especificamente quando é realizado de forma irresponsável, ou seja, sem o cumprimento de critérios técnicos, sendo executado como rotina e acarretando perigos e prejuízos, efetivamente por apresentar aspectos de um procedimento danoso. Assim explica Rede Parto do Princípio (2012, p. 40, grifo do autor):

A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris... No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências.

A qualificação da violência obstétrica de forma errônea, tipificada simplesmente como erro médico ou erro de conduta médica, demonstra-se equivocada, pois tem por princípio de caracterização a ação indicativa de atos traumatizantes executados durante todo o período de assistência gestacional e puerpério. No entanto, esse procedimento se enquadra como trato ao paciente inserido nas formas depreciativas englobadas pelo desrespeito à dignidade da pessoa, representada aqui pela gestante. O direito ao respeito da pessoa no âmbito da saúde encontra-se disposto no art. 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Foi estabelecido pela OMS em 2014 que a violência obstétrica estaria configurada pela imposição desnecessária, em um grau significativo, de dor ou mesmo sofrimento, que poderiam a qualquer momento serem evitados ou mesmo transcorridos por intervenções desnecessárias, de forma rotineira, e que resultariam diretamente em fatores de risco tanto para a mulher quanto para o bebê. Tal análise está pautada na perspectiva idealizada pela OMS:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. 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. Em especial, as mulheres grávidas têm direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Essas afirmativas salientam que a parturiente é reconhecida como um sujeito de direitos, sendo possuidora do direito à dignidade e à igualdade da pessoa humana, conforme o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal (1988), pautado como o pilar do Estado Democrático de Direito reconhecido pela Carta Magna brasileira (BRASIL, 1988).

Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

[...]

III - a dignidade da pessoa humana.

[...]

Moraes (2005, p. 129) destaca que a dignidade é

[...] um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas. Sendo este valor invulnerável devendo todo estatuto jurídico assegurar, de modo que, somente em excepcional a alguns fatos que possam ser feitas determinadas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, porém sempre será necessário respeitar a estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

A interpretação do princípio da igualdade visa à proteção de forma igualitária perante todas as formas encontradas de discriminação destacada juridicamente pelo art. 5º inciso I da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição.

Com base no mesmo art. 5º, inciso II, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), encontra-se alicerçado o princípio da legalidade que assegura, de forma ampla e irrestrita, a autonomia da mulher, assim destacado no

Art. 5º

[...]

II - Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.

Observa-se ainda que a Constituição Federal mantém como pilares as garantias estendidas à proteção da vida e da saúde, vinculadas à proteção da maternidade e da gestante, explícita no inciso II do Art. 201 da Constituição Brasileira, e à proteção da infância que paralelamente é corroborada pelo art. 5º da Carta Magna, segundo o qual todos os cidadãos são iguais.

3.2 OS ESTADOS MEMBROS DA AMÉRICA DO SUL E AS LEIS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Verificou-se a evolução, durante anos, do esforço destinado à implementação de condições de uma relação de convivência entre as partes (gestantes, acompanhantes e equipe de atenção a gestante); às conquistas realizadas pelas mulheres, através de suas lutas, de suas organizações, que se alavancaram na construção de leis qualificadas como mecanismos e ferramentas detentoras dos direitos nos países, determinados principalmente em instâncias Internacionais que servem como referência à dignidade da pessoa. Sarlet (2001, p. 60) assim conceitua dignidade:

Qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos.

Entre as leis consideradas impulsionadoras da defesa dos direitos das mulheres, destaca-se a *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher* (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - CEDAW*), sendo aprovada em 1979 pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Trata-se de uma declaração internacional sobre os direitos das mulheres, entrando em vigor em 3 de setembro de 1981 e ratificada por 188 Estados Membros. A *Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher*, denominada no Brasil como Convenção de Belém do Pará, também trata dos direitos das mulheres.

O art. 12, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1998), ressalta:

Os Estados-parte garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância

Tais convenções são instrumentos de cunho jurídico de amplitude internacional, demonstrando que os Estados signatários se obrigam de forma mútua, requerendo o comprometimento integral da garantia dos direitos que nelas são fundamentadas. São direitos assegurados pela CEDAW, expressos em seus artigos 3º e 4º (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1998):

Artigo 3

Toda mulher tem direito a ser livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 4

Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos. Estes direitos abrangem, entre outros:

- a. Direito a que se respeite sua vida;
- b. Direito a que se respeite sua integridade física, mental e moral;
- c. Direito à liberdade e à segurança pessoais;
- d. Direito a não ser submetida a tortura;
- e. Direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e a que se proteja sua família;
- f. Direito a igual proteção perante a lei e da lei;
- g. Direito a recurso simples e rápido perante tribunal competente que a proteja contra atos que violem seus direitos;
- h. Direito de livre associação;
- i. Direito à liberdade de professar a própria religião e as próprias crenças, de acordo com a lei; e
- j. Direito a ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar nos assuntos públicos, inclusive na tomada de decisões.

Nos art. 5º e 6º estão contemplados os direitos assegurados pela Constituição (BRASIL, 1988):

Art. 5º

Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados Partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos.

Artigo 6º

O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros:

- a. O direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação; e

b. O direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.

A CEDAW, segundo Seager (2003, p. 16), se constitui em:

[...] um conjunto de padrões e princípios universais destinados a servir de referência às políticas nacionais a longo prazo, trata-se de eliminar qualquer discriminação de gênero. Os governos que ratificam a Convenção devem estabelecer políticas e leis para eliminar a discriminação contra as mulheres.

Essa convenção foi ratificada pelo Uruguai em 1981, pelo Brasil no ano de 1984 e pela Argentina em 1985.

Observou-se que a Convenção de Belém do Pará, de 9 de junho de 1994, foi adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) no mesmo ano, sendo ratificada pelo Brasil somente no ano de 1995 e pela Argentina e Uruguai em 1996, pautados sempre em seu art. 5º, que ressalta:

Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados Partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos (COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996).

Todos os informes da CEDAW, juntamente com os informes qualificados como alternativos, são atribuídos a diversas organizações que englobam os movimentos de apoio às mulheres nesses países citados e que se denominam *informes-sombra*, como a Convenção de Belém do Pará. Esse protocolo destaca os *déficits* crescentes, constatados por diversas pesquisas relacionadas à atenção precária da saúde das mulheres, principalmente as gestantes.

Nos países signatários da América do Sul, já citados, observou-se a implantação de órgãos específicos destinados a ajudar a implementação das políticas de igualdade de gênero, associada às ações contrárias a violência. Assim, destacam-se na Argentina, fundado em 1992, o *Consejo Nacional de la Mujer*, que é denominado *Consejo Nacional de las Mujeres* (CNM) na atualidade; em nosso país, no ano de 2003, foi implantada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), que alcançou

posteriormente o *status* de Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos no ano de 2016 e reformulado como Secretaria Especial de Política para as Mulheres e retornando a categoria de Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no governo atual.

No *informe sombra* da Argentina, de 2010, foi destacado que o CNM integrou-se ao *Ministerio de Desarrollo Social de la Nación*, sendo referência da responsabilidade do direcionamento das ações básicas que tem a função de aprimorar os direitos efetivos das mulheres enfrentando dificuldades de orçamento, de qualificação de equipes técnicas e de implantação de uma hierarquia para aprimorar o desenvolvimento das ações consideradas essenciais. No Uruguai, a existência do *INMUJERES/MIDES*, instituto que é dependente diretamente do *Ministerio de Desarrollo Social*, adquire *status* hierárquico e possuindo um orçamento considerado deficitário diante da carência enfrentada com intuito de implantar medidas essenciais que visam a igualdade de gênero.

Por outro lado, a existência de um fato relevante com característica negativa em ambos os países, se refere ao respeito exigido a um delineamento específico que se vincula ao orçamento e a independência, que revela ser atrelado aos órgãos governamentais para que efetivamente sejam órgãos mantenedores e garantidores dos direitos essenciais para que nenhuma mulher seja usurpada das garantias contidas na legislação vigente.

Observou-se uma precariedade relativa aos avanços institucionais, devido a estarem vinculados a outros ministérios, o que torna moroso os avanços dos movimentos das mulheres nesses países, concentrando em mínimas conquistas. Mesmo nessa condição, há diferenças substanciais nestes países.

Um levantamento relativo aos avanços conquistados espelha as respostas estatais morosas encontradas em cada um dos países aqui citados, sendo apenas respostas legislativas ou meras políticas públicas destinadas unicamente à atenção da saúde ou a uma prevenção paliativa da violência. Essas respostas vêm apontando ações de grupos vinculados às mulheres que assumem posicionamentos quase estáticos,

conquistando pequenos direitos que são impulsionadores de avanços direcionados a uma vida com humanização, desprezando os menores tipos de violência.

Isso corrobora as afirmações, visto que a Argentina sancionou e promulgou, no ano de 2004, a Lei n.º 25.929 (ARGENTINA 2004), do Parto Humanizado, porém, devido à extrema morosidade, somente obteve sua efetiva regulamentação em 2015, que ocorreu pelo Decreto n.º 2.035, de 24 de setembro de 2015. Essa regulamentação obteve o caráter normativo de abrangência nacional e seu âmbito de atuação se aplica especificamente às práticas realizadas no âmbito interno de todas as instituições, sendo elas públicas ou privadas. No entanto, a lei aqui citada não apresenta uma definição característica de violência obstétrica, ressaltando uma lista delineativa das situações as quais a lei tem a pretensão de prevenir. Expressa assim em seu Art. 2º:

Art. 2º - Toda mulher, em relação à gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, tem os seguintes direitos:

- a) Ser informado sobre as diferentes intervenções médicas que podem ocorrer durante esses processos, para que possam escolher livremente quando houver alternativas diferentes.
- b) Ser tratado com respeito, de maneira individual e personalizada, que garanta privacidade durante todo o processo de assistência à saúde e leve em consideração suas diretrizes culturais.
- c) Considerar-se, na sua situação em relação ao processo de nascimento, como pessoa saudável, para facilitar sua participação como protagonista de seu próprio nascimento.
- d) Ao parto natural, respeitando os tempos biológicos e psicológicos, evitando práticas invasivas e fornecimento de medicamentos que não sejam justificados pelo estado de saúde da mulher em trabalho de parto ou da pessoa a nascer (ARGENTINA, 2015, tradução nossa).

O referido Decreto n.º 2035/2015 também trata direitos relacionados a terceiros, como exposto a partir da alínea “e”:

[...]

- e) Ser informado sobre a evolução do parto, o estado do filho ou filha e, em geral, ser participante das diferentes ações dos profissionais.
- f) Não ser submetido a nenhum exame ou intervenção cujo objetivo seja a pesquisa, exceto com o consentimento expresso por escrito sob o protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética.
- g) Ser acompanhado por uma pessoa de sua confiança e escolha durante o parto, parto e pós-parto.
- h) Ter seu filho ou filha ao seu lado durante a estadia no estabelecimento de saúde, desde que o recém-nascido não exija cuidados especiais.
- i) Ser informado, desde a gravidez, dos benefícios da amamentação e receber apoio para amamentar.
- j) Receber conselhos e informações sobre o cuidado de si e da criança.
- k) Ser especificamente informado sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas na criança e em si mesma (ARGENTINA, 2015, tradução nossa).

A definição relativa à violência obstétrica é apresentada pela Lei n.º 26.485, que foi sancionada em 2009, denominada *Ley del Protección integral para prevenir sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en el ámbito de las relaciones interpersonales*, que tem o intuito de exercer o direito pessoal à saúde relativa ao corpo e aos processos de reprodução que sofrem violência ou trato não humanizado exercidos pelos membros da equipe de tratamento da gestante em todo o processo.

Art. 6

[...]

e) Violência obstétrica: violência exercida pelo pessoal de saúde no corpo e processos reprodutivos da mulher, expressa em tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, de acordo com a Lei 25.929 (ARGENTINA, 2009, tradução nossa).

O *Ministerio de Desarrollo Social de la Nación*, por meio do *Consejo Nacional de las Mujeres*, disponibiliza como forma de combate, uma linha telefônica com discagem gratuita que visa apurar as denúncias relativas a todo e qualquer tipo de violência exercida ou verbalizada contra as mulheres, com ênfase principal na violência praticada contra a liberdade reprodutiva e obstétrica e os direitos relativos ao corpo da mulher.

Para Souza (2013, p. 10), a definição dos principais objetivos da lei argentina assegura

[...] dar condições para sensibilizar e prevenir, sancionar e erradicar a discriminação e a violência contra as mulheres em qualquer de suas manifestações e âmbitos; desenvolver políticas públicas de caráter interinstitucional sobre a violência contra as mulheres; remover padrões socioculturais que promovam e sustentem a desigualdade de gênero e as relações de poder sobre as mulheres; oferecer acesso à justiça e assistência integral às mulheres. A lei tipifica as formas de violência contra a mulher como física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial, e simbólica; e define as modalidades dessa violência como doméstica, institucional, laboral, contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática.

Na Argentina, tem-se a atuação da organização feminista *Las Casildas*, que propõe em uma colaboração efetiva expressa por atos de cobranças junto ao *Consejo Nacional de las Mujeres* (CNM), desde 2015 ato firmado junto ao Observatório de Violência Obstétrica da Argentina, responsável por estabelecer normas que visem à minimização da taxa de violência. A proposta ressalta a criação de uma rede nacional de coleta e sistematização de dados, os quais são utilizados para delinear as

denúncias, efetivando um monitoramento das políticas públicas empregadas, para embasar novos projetos legislativos, resultando em um criterioso cumprimento das leis.

No Uruguai, as gestantes possuem o amparo legal desde 2001, por intermédio da lei nº. 17.386, de 23 de agosto de 2001 (URUGUAY, 2001), que resguarda a garantia do acompanhante para a gestante, de sua escolha, com a permanência no transcorrer do trabalho de parto, parto e puerpério.

Em 2014, foi disponibilizado pelo Ministério de Saúde Pública do Uruguai as *Guías em Salud Sexual y Reproductiva*, pautada em recomendações da OMS (URUGUAY, 2014, p. 23, tradução nossa). Essas cartilhas ou guias possuem o caráter orientador para as instituições, reiterados pelos objetivos de:

- Informar a mulher e o parceiro ou companheiro sobre seus direitos e responsabilidades;
- Transmitir a importância da aquisição de comportamentos e adotar medidas preventivas para reduzir o aparecimento de complicações;
- Relatar sintomas que respondem a condições fisiológicas, o que pode diminuir a ansiedade, angústia e consultas desnecessárias;
- Relatar mudanças psicológicas e emocional esperado durante a gravidez, parto e puerpério; e
- Relatar sintomas que possam corresponder a condições patológicas, o que promoverá consultas rápidas e oportuno.

A legislação brasileira assegura, desde abril de 2005, por meio da Lei n.º 11.108, em seu artigo 19-J, o direito amplamente divulgado como *lei do acompanhante*, regulamentada através do Ministério da Saúde no mesmo ano, entretanto somente em 2008 foi implementada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo seguida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente (BRASIL, 2005).

O dispositivo legal assegura, de forma ampla e irrestrita, a presença de uma pessoa na qualidade de acompanhante da gestante. A parturiente possui o direito de indicar a pessoa de sua escolha, que com ela permanecerá no transcorrer do trabalho de

parto, no momento do parto e no imediato pós-parto. A lei provoca o entendimento de que este período compreende os dez primeiros dias posterior ao parto, regulamentado pela Portaria n.º 2.418, de 2 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2005), do Ministério da Saúde. Nesse sentido, Aguiar (2010, p. 145) afirma:

A presença de um acompanhante ajuda a tranquilizar a paciente favorecendo um ambiente mais acolhedor e como apontam diversos estudos [...], tem sido associada à redução da demanda por analgesias, diminuição nas intervenções cirúrgicas, menor risco de Apgar⁴ abaixo de sete nos primeiros cinco minutos, maior satisfação das mulheres com sua experiência de parto, menor risco de dano perineal, de desmame precoce e de dificuldades nos cuidados com o bebê no pós-parto. Além disso, a presença do acompanhante serviria também para coibir a violência institucional, conforme a concepção de alguns profissionais entrevistados. Para as que tiveram filhos mais jovens a importância da presença de um acompanhante, de preferência a mãe, é ainda mais acentuada em função do próprio medo do que ainda desconhecem. Um medo que só acentua todos os outros, tão frequentemente presentes no momento do parto.

Há onze leis vigentes que têm o intuito de garantir às gestantes, de forma eficaz, o direito do acompanhamento realizado por uma *doula* (uma assistente de parto, sem necessariamente formação médica, que acompanha a gestante durante o período da gestação até os primeiros meses após o parto), entretanto todas possuem caráter e âmbito regional:

- Lei n.º 10.648/2016 na Paraíba;
- Lei estadual n.º 7.314/2016 no Rio de Janeiro;
- Lei municipal n.º 16,602/2016 na cidade de São Paulo-SP;
- Lei distrital n.º 5,534/2015 no Distrito Federal;
- Lei n.º 13.080 em João Pessoa-PB;
- Lei n.º 4.727/2016 na cidade de Patos-PB;
- Lei n.º 7.946/2014 em Blumenau-SC;
- Lei n.º 21/2017 em Americana-SP;
- Lei n.º 8.490/2015 em Jundiaí-SP;
- Lei n.º 56/2016 em Cascavel-PR;
- Lei n.º 10.914 em Belo Horizonte-MG.

⁴ A escala de APGAR, também conhecida como índice de APGAR, é um teste feito no recém-nascido logo após o nascimento que avalia o seu estado geral e vitalidade, ajudando a identificar se é necessário qualquer tipo de tratamento ou cuidado médico extra após o nascimento.

As organizações presentes na sociedade civil revertem esses direitos em uma construção voltada a um projeto de lei viabilizando o parto humanizado, com o intuito de apresentação ao parlamento. Entre as ações, prevê-se a criação e a implantação de um observatório destinado ao relato de violência obstétrica.

Outro fato importante diz respeito à exclusão social existente desde as primeiras sociedades, ainda presente atualmente em indivíduos que sofrem com a invisibilidade social enraizada no dia a dia. Por outro lado, há pessoas reunidas pelo objetivo de estabelecer relações interpessoais pautadas no bem comum e que visam a uma melhor abordagem, tornando a perspectiva de acesso maior aos direitos humanos. Observa-se a exclusão social atribuída a um indivíduo essencialmente por dois fatores assim destacados:

- O preconceito, que está expresso, mesmo que de forma readaptada, em diversas situações, com caráter social, étnico ou religioso; e
- A indiferença, que se apresenta em diversas formas, verificadas pela completa ou parcial ausência de empatia da equipe de atendimento a gestantes em relação a ela ou seu acompanhante.

Essas situações se contrapõem ao art. 196 da Constituição brasileira:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Negligência ou abandono, na legislação brasileira, se definem especificamente como omissão pela qual se eximiu de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. A violência de gênero, em que as vítimas, sobretudo são as mulheres, é uma questão de saúde pública e uma violação explícita aos direitos humanos.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 se configura como guardião maior dos princípios básicos que permitem asseguram a igualdade e discorre integralmente

sobre o direito relativo à plena assistência à saúde e liberdade. Nela se fundamenta o pátrio dever a ser exercido pelo Estado em suas práticas que coíbam toda e qualquer forma de violência empreendida contra a integridade da mulher, sendo ela gestante ou não, pautado pelo dever de executar ações que previnam e punam atitudes que geram a violência obstétrica.

4 A PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO NOS HOSPITAIS

Conforme o Ministério da Saúde a pesquisa realizada pela Rede Cegonha, descreve a humanização como principal responsável pela queda no índice de mortalidade materna e neonatal, visto que a queda também é notada no índice de cesáreas que, em 2014, era de 57%, alcançado, em 2018, a quantidade de 55% (VALADARES, 2018).

De acordo com a Febrasgo em Audiência Pública no Tribunal Regional Federal da 3ª região, em que se discutiu o atual cenário de nascimento no Brasil, a humanização foi redefinida como um acontecimento natural, criando-se justificativa com pilares técnicos e medicalizados e produzindo-se uma situação de total desconhecimento. Nagahama e Santiago (2008, p. 614, grifo do autor) asseveram a necessidade da humanização do parto:

Se a existência de um sistema formalizado de referência hospitalar ao parto no município constitui um importante elemento organizador da assistência e indica avanço na qualidade da atenção devido à garantia da vaga hospitalar, pode traduzir uma situação de iniquidade determinada por fatores contextuais (normativos institucionais e políticos), a medida que nega: parturiente dois direitos: o de escolher o local e o médico que a assistirá no parto.

Em contraponto, outros cenários se apresentam, em que o discurso e a prática efetiva de uma atenção humanizada a gestante se distanciam na realidade do trabalho médico. O fato decorre da aplicação de normas e rotinas institucionais caracterizadas pela mercantilização, que reforçam as ações se tornando mais rígidas, e determinando espaços físicos inadequados, designados como salas de pré-parto e parto presentes em inúmeros municípios.

A implantação e o desenvolvimento de algumas ações pontuais dentro do Sistema Único de Saúde propiciam o favorecimento de uma assistência humanizada: a adequação, de acordo com a lei, que permite a presença de um acompanhante no transcorrer do processo do parto; o fornecimento de informações relativas aos procedimentos à parturiente e a ação que possibilita um maior contato entre mãe-filho o mais rápido possível.

Observou-se que os estudos realizados em âmbito nacional fundamentaram seus objetivos em uma análise direta da assistência destinada à gestante e ao recém-nascido somente no momento do nascimento, pautados essencialmente em técnicas de observação. Foram encontradas evidências de situações de implementação do modelo básico de assistência humanista voltada para atenção direta ao parto humanizado, conforme os princípios do PHPN, estabelecido pela Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000):

- ✓ Toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- ✓ Toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- ✓ Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; e
- ✓ Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

O *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* (2001) apresenta a necessidade em promover a humanização, quando se refere à medicina preventiva (BRASIL, 2001b, p. 49):

É inegável que os serviços na área da saúde têm alcançado um enorme avanço científico e tecnológico, assim como um grau de desenvolvimento de conhecimento invejável para qualquer ciência que pretenda cuidar do ser humano. Exemplos desse avanço são os sofisticados aparelhos de diagnóstico, as técnicas cirúrgicas cada vez mais avançadas, a multiplicidade de medicamentos e o desenvolvimento de ações de medicina preventiva).

A medicina preventiva engloba as ações de humanização direcionadas ao parto/nascimento, cabendo aos profissionais revisarem a necessidade de melhorias com intuito de ofertar uma atenção de qualidade voltada aos princípios humanizados, aplicados para a mãe, o bebê ou seus familiares. Nagahama e Santiago (2008, p. 614) assim se manifestam:

Sendo assim, a pior qualidade da atenção recebida entre as menos instruídas pode ser vista como expressão da desigualdade do tratamento oferecido pelos serviços de saúde para os grupos mais desfavorecidos socialmente. Se, no caso das adolescentes, a qualidade da atenção pode ser justificada pela sua condição de vulnerabilidade, no caso das mulheres com maior grau de escolaridade, possivelmente, relaciona-se à reivindicação de atendimento a suas necessidades, exigindo da equipe de saúde atenção mais individualizada. Ou seja, constituíram-se em parturientes que cobraram melhor desempenho da equipe de saúde.

O *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* gerou as seguintes orientações relativas à humanização (BRASIL, 2001b, p. 58):

Quanto à admissão:

- Respeitar a privacidade da mulher;
- Respeitar a escolha do acompanhante; na falta de acompanhante, oferecer a possibilidade de acompanhamento por *doulas*.

Durante o trabalho de parto:

- Oferecer líquidos via oral para prevenção de episódios de hipoglicemia;
- Oferecer suporte emocional empático;
- Prestar informações sempre que necessário e sempre que a paciente e/ou acompanhantes e familiares solicitarem;
- Respeitar o direito da mulher à realização ou não da episiotomia;
- Cortar o cordão umbilical somente após a parada dos batimentos, ou seja, da pulsação do cordão.

Posição durante o trabalho de parto:

- Encorajar a posição supina;
- Proporcionar liberdade de deambulação e movimentação.

Controle da dor:

- Aliviar por meios não farmacológicos e/ou invasivos;
- Utilizar massagens, técnicas de relaxamento, banhos de imersão etc.;

- Monitorar durante o trabalho de parto;
- Monitorar o bem-estar físico e emocional da parturiente;
- Monitorar o feto por meio de ausculta intermitente.

Após a dequitação (período do parto que vai da saída do feto à expulsão da placenta e das membranas):

- Exame rotineiro da placenta pela inspeção acurada;
- Uso de ocitócitos no terceiro estágio do parto se houver risco de hemorragia;
- Prevenção da hipotermia do recém-nascido;
- Amamentação na primeira hora, garantindo bem-estar fetal e liberação endógena de ocitocina.

Os aspectos da humanização também devem englobar ações vinculativas aos demais profissionais que possam interagir direta ou indiretamente com a gestante, tais como:

- Contato com maior afetividade da parturiente com os profissionais que vão realizar o parto desde o pré-natal;
- Maior participação da equipe de assistência a gestante;
- Presença do anestesista em todos os partos normais;
- Oferecer informações completas para a parturiente e família relativas as rotinas do hospital.

Observou-se que a participação do acompanhante (familiar ou *doula*) durante o processo de humanização do parto, que se encontra amparado legalmente pela Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005, ocorre como um processo em construção vagarosa.

Por exemplo, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2017, que o prefeito vetou a presença de acompanhante durante o parto, ressaltando diversos aspectos para tal ato, entre os quais as condições físicas inadequadas dos ambientes hospitalares, a qualificação precária de determinados profissionais frente ao acolhimento a ser praticado com o acompanhante, corroborando o que afirmam Nagahama e Santiago (2008, p. 1866):

O estudo indicou que os fatores institucionais, identificados nas dificuldades de organização institucional e na estrutura física, as rotinas hospitalares e, sobretudo, a prática e postura individual dos profissionais de saúde reveladas na fala das mulheres, denotaram barreiras que, em seu conjunto, dificultaram a implantação do modelo humanizado na assistência ao parto e nascimento.

Em contraponto, Gallo e Mello (2009, p. 2-3) salientam:

Não é novidade que a integralidade e a humanização devem andar juntas, não somente após os princípios de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais são contemporâneos, mas têm sido passadas de geração em geração como princípio básico da educação, fugindo da visão apenas romântica, que pode parecer enaltecida, porque pessoas tratam bem outras pessoas. Este humanismo imprescindível deve ser adequado em qualquer das atuais circunstâncias do exercício profissional. Desta forma, quando se fala em humanização, pensa-se na descentralização do atendimento e remete-se à necessidade de resgate de um atendimento mais humano que seja capaz de focar a dignidade das pessoas em situações de necessidade de cuidados ou atenção.

Evidenciou-se a necessidade do direcionamento de investimentos com o intuito de capacitar os profissionais envolvidos no processo de atendimento a gestante e recém-nascido, o qual deve voltar seu foco não só para as tecnologias adequadas para a humanização do atendimento do procedimento de parto, mas verificando os aspectos das novas tendências de humanização do processo integrativo do nascimento.

Tornquist (2002, p. 489) resume todo o pensamento da humanização:

O empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Esses poderes estariam centrados na condição natural, biológica e instintiva da mulher, ou seja, a sua sexualidade, sua capacidade reprodutiva, seu instinto maternal. No entanto, há um reconhecimento de que é preciso aprender a resgatar esses saberes ancestrais, de onde a necessidade da didática do parir e do maternar.

4.1 O PARTO E O DIREITO À HUMANIZAÇÃO

Entre os direitos da gestante e dos profissionais médicos, se verifica o contraponto da violência obstétrica, que trata da existência de um liame, com aspecto muito tênue, que detalha o linear fronteiroço entre a conduta dolosa e a convicção, pautado em fundamentos técnicos legítimos da equipe de atendimento à gestante. A necessidade

em aplicar os procedimentos adequados, que exceda a correta realização de um parto humanizado, demanda exames apropriados que monitoram a evolução gradativa do trabalho de parto, exemplificado pelo partograma, que possui a função de demonstrar intercorrências apresentadas durante o dinâmico processo de evolução da parturiente, tendo papel de objeto de apreciação de forma subjetiva do médico responsável pela parturiente.

Pode-se ressaltar o conceito que ao se tratar de avaliação de caráter subjetivo realizado pelo médico responsável, fato que provoca o entendimento que seria por demais draconiano atribuir a criminalização da conduta que possa ser adotada em um determinado momento desencadeado pela extrema gravidade e urgência atribuídos ao momento; refutando completamente a questão cabendo uma análise criteriosa do caso enquadrando no prisma da ética médica.

Entender os parâmetros dos procedimentos que a equipe de atendimento a gestante necessita realizar é primordial para o delineamento da fronteira entre crime e eventual desvio ético. A perspectiva da ética médica dedica-se a submeter os comportamentos, as ações e as omissões aos quais se vincula a questão da técnica que está sendo aplicada, remetendo a suposição de excesso para a realização eficaz do parto humanizado. Em contraponto, permeando a qualificativa do crime, se equiparam questões relativas ou condicionadas à violência psicológica, física, sexual e principalmente à omissão de socorro ou de atendimento praticado pela equipe de atendimento a gestante, conforme defendem Wolff e Waldow (2008, p. 144):

A gestação, parto e puerpério constituem experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo, enriquecedora para todos os que dela participam. Os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e nela desempenham importante papel, colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê; ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável.

Observa-se que, sob a ótica da OMS, as ações praticadas que ultrapassam as condições de utilização das técnicas necessárias são analisadas e referenciadas como violência obstétrica, em decorrência da razão e respeito aos direitos da parturiente. O nascimento deve transcorrer como um fato natural e somente quando constatadas as devidas necessidades devem ser utilizados procedimentos cirúrgicos

em área hospitalar com o acompanhamento de uma equipe de atendimento a gestante. Diniz (2005, p. 635) destaca que:

O termo *humanização* do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência.

Há uma nova tendência, destacada por Amorim, Souza e Porto (2010) que relatam principalmente sobre a segurança dos partos domiciliares planejados ou em casas de parto para gestações de baixo risco, todos muito bem monitorados, cujo planejamento engloba materiais para atendimento de urgências e suporte para transferências. As causas para essa tendência são apontadas pela Organização Mundial de Saúde

[...] um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e sua equipe de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010, p.1).

No entanto, é preciso ter cautela para não se criar ações radicalizadas. Para Amorim (2016) não é adequado a dedução, espelhada de forma inexorável, segundo a qual todo o profissional da saúde, especializado em assistência à parturiente, premedite suas ações, com o intuito de provocar maus-tratos ou abusos à gestante, incluindo até mesmo a intenção deliberada de desrespeitá-la. A presunção a se prevalecer é que os profissionais especializados nessa área da saúde são contingenciados por regras; seu conhecimento foi amplamente adquirido no decorrer de sua vida acadêmica e fundamentado em princípios técnicos, alcançados pelo desenvolvimento de pesquisas e pelo aprofundamento dos estudos, alcançando os desenvolvimentos tecnológicos de sua área.

Além disso, são fortalecidos por cursos de formação profissional, cujo conhecimento é aplicado em sua prática médica cotidiana. Pode-se entender que o profissional que demonstra aversão ao conhecimento científico basilar atribui a si as condições

fundamentadoras da malícia ou se arremessa na condição de negligência, provocando um confronto com as medidas garantidas pela lei e, por conseguinte, tornando-se agente causador.

O conceito de violência obstétrica estimula a implementação de estratégias que gerem o sentido de ampliação do rol motivacional contrário às condutas criminosas, lembrando que a violência obstétrica dentro dos conceitos do direito não possui agentes qualificadores do ato, motivo este, por não estar submetida à legislação própria, mas sim definida em seus atos como abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência presentes, direta ou indiretamente, em qualquer atitude realizada pela equipe de atenção a gestante, durante todo o período que perdurar a assistência prestada a gestante nas instituições de saúde.

Por esse fato, se ressalta a importância da existência e da aplicação integral das diretrizes, que produz uma consciência relativa à parturiente e que também visa à garantia da qualidade do serviço quando existir a necessidade profissional básica de tomar decisões em prol da saúde plena do binômio mãe-feto no transcorrer do ato gestacional. Por essas diretrizes, é possível tipificar os abusos descritos pela pesquisa Sentidos do Nascer, observados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos relatos de violência obstétrica segundo categorias de desrespeito e abuso durante o parto. Exposição Sentidos do Nascer Brasil, 2015-2017

Categorias de violência obstétrica	N	%
1. Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	38	36,9
2. Cuidado indigno e abuso verbal	34	33,0
3. Abuso físico	14	13,6
4. Abandono, negligência ou recusa de assistência	11	10,7
5. Cuidado não confidencial ou não privativo	3	2,9
6. Discriminação baseada em certos atributos	3	2,9
7. Detenção nos serviços	0	0,0
Total	103	100,0

Fonte: Lansky *et al.* (2019, p. 2818).

Pode-se observar a grande necessidade de levantamento do debate relativo às questões econômicas, estruturais e tecnológicas, que possam, por qualquer viés,

vincular-se à temática. É necessário confrontar os fatos ocorridos em sociedades econômicas tidas como desenvolvidas e sociedades econômicas subdesenvolvidas.

Os resultados apresentados pela pesquisa *Nascer no Brasil*, publicada 2014, destacam que 66% das mulheres tinham como preferência o parto normal ao iniciar a gravidez. No entanto, foi apurado que, das 23.894 entrevistadas, 52% tiveram seu parto realizado por meio de uma cirurgia cesariana. Esse dado, comparado ao setor privado, aumenta para 88%. A OMS estima que somente 15% das gestantes se enquadrariam na situação da real necessidade de serem submetidas a uma cesárea ao final da gravidez.

Observa-se, de forma comparativa, que os Estados Unidos da América (EUA) mesmo estando em um patamar de uma sociedade econômica, estrutural e tecnicamente desenvolvida, tendem a provocar o estranhamento devido ao aumento excessivo registrado no índice de cesarianas a partir de 1996, em conformidade com Eugene Declercq (2014), em artigo reproduzido no Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro.

Declercq (2014) cita, em seu artigo intitulado *É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil?* A pesquisa *Nascer no Brasil (2014)*, liderada pela professora Maria do Carmo Leal, sobre a qual descreve:

Sua amostra muito grande e advinda de uma ampla gama de lugares geograficamente e economicamente distintos proporciona-lhes uma oportunidade única de explorar desfechos raros e subgrupos dentro da população. Sua constatação de que 56,8% de suas entrevistadas foram classificadas como de baixo risco após a aplicação de critério rigoroso é, em si, de interesse. Aplicando seus critérios para as puérperas dos Estados Unidos, tanto quanto possível, dada as diferenças entre as bases de dados, a comparável taxa de partos de baixo risco foi de 55%, embora a taxa de cesariana para estas mães norte-americanas tenha sido de 26% contra os 46% encontrados na amostra brasileira (DECLERCQ, 2014, p. S39).

Como demonstra o artigo de Declercq (2014), os índices apresentados na referida pesquisa são considerados como aceitáveis, pois expressam um resultado esperado, ou seja, uma taxa atribuída a cesáreas em parturientes brasileiras, classificadas de baixo risco, é superior à mesma taxa, comparada em relação às parturientes nos Estados Unidos.

O artigo apresentou uma diferença significativa quanto à quantidade de parturientes brasileiras, classificadas como baixo risco, que foram submetidas à cesariana. Revela um índice de 77%, maior do que índice apresentado nos Estados Unidos considerando as mesmas condições de parturientes de baixo risco que relatam terem sido submetidas ao mesmo tipo de procedimento cirúrgico.

As condições econômicas, estruturais e tecnológicas, consideradas ausentes ou preambular, encontradas em países considerados subdesenvolvidos, passam a influenciar, de forma categórica, na decisão da parturiente pela realização de um procedimento caracterizado como invasivo e com riscos em casos aplicados às parturientes de baixo risco.

O mesmo artigo ainda constata uma revisão comparativa a ser considerada muito relevante, devido ao fato de apresentar uma discrepância entre os nascimentos verificados na rede pública e privada de atendimento a gestante no Brasil; chegando a uma revelação surpreendente: entre os nascimentos ocorridos, apresentados como fonte de pesquisa na rede pública, há um grau de humanização muito superior comparativamente aos nascimentos ocorridos na rede particular de atendimento a gestante. Declercq (2014, p. S40) assevera que:

A variação no uso das boas práticas dentro do Brasil por região e principalmente pelo tipo de financiamento do parto (público vs. privado) enfraquece ainda mais a pretensão de serem baseadas em evidências. Seriam as mulheres de baixo risco atendidas pelo SUS tão diferentes fisicamente das do setor privado que elas exigem um padrão diferente de atendimento? Porque as mulheres no sistema público apresentam taxas mais elevadas de boas práticas

Pautando-se na inserção de outra variável de igual importância, há um pressuposto que as parturientes brasileiras, em situação econômica e cultural mais privilegiadas, têm preferência em recorrer à rede particular para seu atendimento. Em virtude disso, estão mais suscetíveis a contatarem à violência obstétrica. Mulheres que compõem a defesa da cesariana enfatizam o desenvolvimento técnico como ponto positivo e determinante. Assim, sentem-se seguras em passar pelo procedimento; arguem de forma positiva uma série de vantagens contrárias ao parto normal, entre as quais a de evitar as dores do parto e, a maior delas, a ser possível a previsibilidade do evento, adequando-o à sua vontade.

Considera-se então que grande parte do argumento favorável ao parto normal e humanizado se constata fundamentado no discurso das evidências científicas, argumentado como estratégia ou como crença. Ambos os lados argumentadores desse debate concordam com a ciência, porém cada grupo promove uma visão individualizada e distinta do seu entendimento, gerando elaborações e suportes a suas práticas.

Observa-se que, para uma das vertentes, a ciência é encarada como tecnologia, com intuito específico de incorporar condições aos serviços que promovam maior controle e previsibilidade do evento parto; em contraponto outro viés destaca os estudos científicos que formulam contradições relativas a tal visão, ampliando a defesa de que maior tecnologia não se traduz em sinônimo de uma melhoria na assistência ao parto e que uma grande parte dessas intervenções são praticadas de forma indiscriminada.

Faúndes e Cecatti (1991), ao observarem essa discussão relativa aos fatores que geram influência direta na elevada incidência de cesarianas no Brasil, comentam que as gestantes, ao optarem por esse método, buscam para si, somente escaparem das dores que acometem o parto natural, utilizando de argumentos fundamentados no fator fisiológico relacionado a duas possibilidades, entre elas a manutenção posterior da anatomia do períneo e considerando ainda a inconveniência gerada pela questão estética criada pela cicatriz. No entanto, tal afirmação pode ser desconsiderada, devido a não poder ser confirmada por meio dos resultados coletados pelos estudos, devido à maioria das gestantes, por diferentes razões, manifestou em declaração a preferência pelo parto natural.

Corrobora-se esse fato a autonomia do paciente, que foi recentemente fortalecida pelo Conselho Federal de Medicina no Código de Ética Médica brasileiro (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 17), pela inclusão do inciso XXI nos Princípios Fundamentais, segundo o qual o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes quando em conformidade com os ditames de sua consciência e a legislação:

[...]

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos

por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

O posicionamento do Ministério da Saúde, relativo à participação do paciente na decisão sobre seu tratamento, consubstanciou-se recentemente com a emissão da Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009, na qual se prevê que, na hipótese de existência de alternativas de tratamento, o paciente tem o direito de escolha (BRASIL, 2009):

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

[...]

XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto.

Tanto a cesárea quanto o parto natural são as alternativas totalmente disponíveis e, dessa forma, infere-se diretamente que a gestante o direito de analisar os riscos e benefícios para livremente optar, considerando as particularidades de cada parturiente. Sendo assim, aproximadamente a metade das gestantes tende a apontar pela praticidade, pelo medo de sofrimento ou dor, associado ao conforto e à segurança para o bebê como sendo os principais motivos que as fariam optar pela cesariana.

Observa-se o destaque a um dado interessante, em teoria, tornou-se uma tendência: que a rede particular a qual cabe o atendimento a gestante apresenta estar melhor aparelhada possuindo um amplo ferramental atualizado e tecnologias avançadas, que em quase sua totalidade, não fazem parte da estrutura que integra os hospitais públicos.

Destaca-se que o parto normal, por se tratar de procedimento de relativa simplicidade, que dispensa muitos aportes de tecnologia, utilização do centro cirúrgico, menor tempo de internação, medicamentos, intervenção do profissional especializado (obstetras, anestesistas, instrumentadores), é mais econômico que a cesariana, cuja execução vai requerer a aplicação de todos esses recursos.

O ordenamento jurídico é composto por normativas de hierarquia distintas, entre as quais se destaca a Constituição Federal, no topo da pirâmide que comporta todo esse repositório de leis, decretos e regulamentos cuja finalidade é disciplinar a vida em sociedade. A mais significativa delas, sem dúvida, é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (2009). É claro que essa declaração não tece detalhes sobre a violência obstétrica, pois não é o seu foco. Não obstante, os institutos e os regramentos conceituais, de caráter programático, por ela homenageados, são fonte de inspiração para o aperfeiçoamento dos ordenamentos jurídicos de todas as nações.

Com o advento da Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), o qual proporcionou as gestantes o direito, garantido por forma de lei, de ter o auxílio prestado pela presença, durante todo o período de seu parto, a um acompanhante, independentemente de quem seja e do procedimento a ser utilizado, cesárea ou parto normal:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo (BRASIL, 2005).

Essa possibilidade elenca que a gestante tem garantido seu poder de escolher livremente uma pessoa que terá o papel de acompanhante, com a promulgação da referida Lei agora apresentada, e configura a participação de forma efetiva do pai da respectiva criança no momento do parto e pós-parto imediato. Tal ação conforma em um momento de suma importância para a futura mãe. A questão do acompanhante no processo do parto é um dos pontos mais importantes para alcançar a humanização do nascimento da criança. Com esse acompanhamento, vê-se que há uma promoção na saúde da mulher e de sua criança, o que lhes proporciona mais segurança e harmonia dentro da família, o que contribui para a redução das taxas de mortalidades materna e perinatal.

A Lei n.º 11.108/2005 vai ao encontro do dispositivo constitucional: “Art. 226 A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (BRASIL, 1988).

O nascimento de um filho é o início do caminhar de uma família. A proteção familiar deverá começar antes do nascimento dos filhos, durante e após o nascimento. Todo o amparo estatal é necessário para que os pais se sintam confortáveis e protegidos pela legislação, para a garantia de seus direitos junto ao hospital onde a parturiente dará à luz.

No Brasil, o descumprimento dos direitos humanos das mulheres no parto tem sido tema polêmico na saúde pública. Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro brasileiras sofre algum tipo de violência durante o parto: violência verbal (como xingamentos, frases de conotação sexual e violência física), procedimentos dolorosos e desnecessários, sem consentimento.

Diversos estudos apontam para a existência de maus-tratos, tratamento grosseiro e uso de intervenção dolorosa no Brasil e em outros países. Embora a Organização Mundial de Saúde (1996) recomende a atenção aos partos de baixo risco, com o mínimo de intervenções possíveis, e reconheça a problemática da violência obstétrica nos serviços, as taxas de cesárea têm crescido em diversos países. Esse aumento excessivo está associado a maiores riscos de morbimortalidade para mulheres e bebês.

O abuso de intervenções desnecessárias na assistência ao parto tem sido visto como uma violação aos direitos humanos das mulheres. Apesar das preconizações da Organização Mundial de Saúde (1996) sobre o mínimo de intervenções na assistência ao parto, os dados disponíveis no Brasil apontam para o descumprimento dessas recomendações.

Cada infração aos direitos das mulheres será discutida e ilustrada com fragmentos de falas de usuárias de saúde que sofreram violência obstétrica:

Abuso físico: não respeitar o direito à integridade corporal das mulheres e não oferecer o melhor para sua saúde. Tais ações são entendidas, portanto, como violência, uma vez que causam mais danos que benefícios à saúde das mulheres.

- Ocitocina de rotina/sem indicação;
- Episiotomia; e
- Cesárea sem indicação ou por conveniência do profissional.

Prática sem consentimento: toda mulher deve ter acesso à escolha informada de todo e qualquer procedimento e a explicação clara sobre seus riscos e benefícios para sua saúde. O plano de parto é um documento que contém informações sobre os desejos e escolhas das mulheres e deverá ser respeitado pelos profissionais e instituições:

- Práticas comumente utilizadas sem consentimento;
- Uso da ocitocina sintética intraparto;
- Episiotomia;
- Indicação de cesárea sem que haja indicação clínica e escolha informada da mulher;
- Exames de toques para aprendizagem de residentes;
- Descolamento digital das membranas, durante o toque vaginal; e
- Redução de colo durante o exame de toque.

Violência verbal e emocional: são tipificações que violam o direito ao respeito e à dignidade humana. A portaria do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (n.º 569, de 1º de junho de 2000) e a Rede Cegonha (Lei n.º 1.459, de 24 de junho de 2011) preveem que toda mulher e sua família sejam recebidas com dignidade nos serviços de saúde, através de um ambiente acolhedor e atitudes éticas. No entanto, segundo a Rede Cegonha (2014), uma em cada quatro mulheres conta ter sofrido algum tipo de violência no parto (física e/ou verbal). Dentre essas, 10% relataram exame de toque doloroso, 9% não tiveram explicação sobre o procedimento e 7% receberam xingamento e humilhação.

Discriminação a atributos específicos: a discriminação envolve classe social, identidade étnica, idade ou cor da pele.

Classe social e condição étnica: quanto menor a escolaridade da mulher e mais escura a cor da sua pele, menor atenção e analgesia são dedicadas no momento do parto. Assimetrias entre as taxas de cesárea no setor público e privado são exemplos de como a classe social e as desigualdades econômicas interferem na qualidade do cuidado dedicado às mulheres.

Coerção à autodeterminação e autonomia das mulheres: impedir que as mulheres recebam informações de qualidade e possam decidir livremente sem discriminação e violência sobre sua saúde. Há grandes assimetrias no que diz respeito ao acesso e à disponibilidade de informação no pré-natal para as mulheres. A falta de acesso às informações sobre o parto as impossibilita de exercerem a autonomia e a autodeterminação de suas escolhas, conforme preveem os direitos reprodutivos.

Dizem que a mulher escolhe a cesariana, mas o parto normal é desconstruído no consultório consulta a consulta. Frases como 'nossa, mas esse bebê está crescendo muito' dão a conotação subliminar de que a mulher não poderá ter parto normal. Circular de cordão, bacia estreita, feto grande, feto pequeno, pouco líquido, muito líquido, pressão arterial alta, diabetes, nada disso é indicação de cesariana. Foi se criando o conceito de que o corpo da mulher é defeituoso e requer assistência. Que ela precisa ser cortada em cima ou embaixo para poder parir (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013).

Estudos com mulheres usuárias dos setores público e privado de saúde afirmam que a maioria delas não se sente preparada para o parto. Nas consultas de pré-natal, geralmente não há disponibilização de informações sobre os tipos de parto.

4.2 DOULAS E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A definição da função de *doula* regula-se com o significado de *mulher que serve* de origem grega. Na atualidade, conforme o significado designado pela Wikipedia, é uma assistente de parto, sem necessariamente ter formação médica, que acompanha a gestante durante o período da gestação até os primeiros meses após o parto, com foco no bem-estar da mulher. Cabe a ela proporcionar informação, acolhimento, apoio físico e emocional às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

Para Simas (2016), as *doulas* contribuem para reduzir a violência obstétrica no sistema público e no privado. A inserção da *doula* seria, portanto, fundamental para trazer à tona a discussão do modelo de atenção obstétrica. Teixeira (2003, p. 35) assim define a atividade da *doula*:

[...] a doula trabalha para que a cesariana ganhe traços de humanização. Ela deve dar todo o apoio para a mãe, espantando seus medos e suas inseguranças. E pode, por exemplo, pedir que os médicos diminuam a luz no momento em que o bebê estiver nascendo, que abaixem o pano para que a parturiente consiga vê-lo e que deixem um de seus braços livres para que ela possa tocar seu filho. [...] A doula, portanto, rompe essa frieza das cesarianas.

As atividades exercidas pelas *doulas* no apoio intraparto (trabalho de parto ocorre espontaneamente) estão compreendidas pela oferta de suporte emocional em tempo integral e individualizado, como forma tranquilizadora para a gestante; pela prática de ações que objetivam o conforto físico da parturiente e técnicas para o alívio da dor causada pelo parto; pela busca e disponibilização de informações e instruções para a gestante e familiares; pelo papel de fortalecer um vínculo entre a equipe de assistência à saúde e à gestante. Leão e Bastos (2001, p. 91) caracterizam as atividades da *doula*:

As atividades de apoio durante o trabalho de parto podem ser classificadas em 4 categorias: a) Suporte emocional, que consiste em encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente; b) Medidas de conforto físico, como massagens e compressas frias; c) Suporte de informações através de orientações, instruções e conselhos; e d) Defesa, que consiste em interpretar os desejos do casal frente aos profissionais do hospital e agir em favor do mesmo.

As ações desenvolvidas pelo trabalho técnico efetuado pelas *doulas* difere, não podendo ser trocada ou confrontada com as atividades humanizadas praticadas pelo acompanhante, independentemente de quem for ocupar esse posto, devido ao envolvimento emocional que os envolvem. Tais acompanhantes necessitam também de apoio para desempenhar seu papel e ficar menos susceptíveis à vulnerabilidade em decorrência de situações agravantes. Davis-Floyd e Sargent (1997, p. 12) destacam:

Contestação local [de hegemonia tecno médica no parto] por ativistas do parto [...] desafia hospital padrão prática e geralmente são eficazes para fazer mudanças. Esses ativistas, que incluem parteiras, educadores de parto, pais, e o médico ocasional, estão envolvidos em uma séria luta para "recuperar" o parto de sua aquisição tecno médica, redefinir como normal e combinar as melhores pesquisas científicas sobre a fisiologia do nascimento com uma

atitude de honra e respeito pelas mulheres e seus corpos, a fim de criar e popularize uma maneira mais gentil, útil e menos prejudicial sistema de nascimento. Os métodos e valores desses ativistas, sua linguagem e discurso, crenças e práticas, sucessos e falhas, têm muito a ensinar sobre cultura intencional mudança; eles merecem atenção antropológica, como certamente o sistema tecno médico que eles resistem.

A primeira noção relativa ao trabalho da *doula* esboça uma forma alternativa que comprova sua eficácia no acompanhamento das gestantes, estendido a seus familiares no transcorrer do trabalho de parto e pós parto. Para Davis-Floyd e Sargent (1997, p. 22), grande parte dos enunciados correntes no universo da “humanização” do parto e apropriados pelas *doulas* estão alinhadas aos movimentos que passam pelo crivo simbólico da ciência.

O trabalho da *doula* costuma ser utilizado por casais conhecedores do movimento apresentado pela Rede Cegonha, que objetiva sua ação especificamente na humanização do parto, com objetivo de ressaltar a mulher como protagonista do parto e direcionando sua atuação, em sua maioria, ao Sistema Único de Saúde (SUS), devido à realização de um grande número de cesáreas no passado. Pode-se comparar as ações praticadas pela *doula* ao marco ancestral da escrava parteira ou ao simbolismo da companheira-irmã, que, nesse caso, se torna responsável por segredos e cumplicidades, moldando um aspecto de afeto.

Consideradas um dos pilares das boas práticas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelecida em 2005, as *doulas* concentram seus serviços em ações que visam ao bem-estar da gestante e de seus familiares, desenvolvendo seus trabalhos, em determinados casos, durante toda a gestação.

Tornquist (2002, p. 488, grifo do autor) destaca que:

No entanto, essa valorização da diversidade cultural tem sido a base da busca de uma forma natural de parir dos seres humanos, acentuando, de um lado, os aspectos ritualísticos do parto e, de outro, remetendo à categoria do instinto universal, categoria essa que tem um especial valor dentro do ideário. O próprio termo “humanização” reforça uma concepção de ser humano fora da história e liberto da cultura, na qual humanizar é sinônimo de “animalizar”. [...] A humanização contrapõe-se aqui à cultura, vista apenas como constrangimento, e não como condição humana da qual não é possível escapar

No Brasil, a inserção no mercado de trabalho das atividades das *doulas* como profissionais cadastradas ou voluntárias, evidenciou a necessidade do registro de caráter nacional, para o acesso ao ambiente das maternidades, iniciou-se no passado, não contando com um apoio efetivo dos profissionais qualificados que atuam no cenário diário do parto nas instituições públicas. Esse serviço, muitas vezes ainda é praticado por pessoas não cadastradas e sem o devido conhecimento necessário para um bom desempenho das atividades ligadas à profissão.

Esse motivo alavancou a resistência e os conflitos gerados internamente nas equipes de atendimento a gestante, pelo fato de que a maioria das orientações das *doulas* para as gestantes e familiares fincavam posicionamentos contrários ao modelo denominado obstetrícia tradicional que predominava na época. Essas atitudes criaram uma transformação do trabalho de parto, dentro de um quadro de disputa de vertentes assistenciais opostas, que fundamentam de um lado o protagonismo da mulher e de outro a medicalização do parto.

4.3 AS DIFICULDADES DO PARTO HUMANIZADO

No Brasil, a implantação de um modelo específico de humanização para o atendimento a gestante durante o trabalho de parto ainda encontra enormes desafios para convencimento dos profissionais da equipe de atendimento a gestante em todos os níveis.

Assim Mouta e Progianti (2009) enfatizam a importância das equipes de atendimento a gestante pela busca de especialização direcionada à área de obstetrícia, objetivando o aperfeiçoamento de técnicas e o aprimoramento direcionado a conhecimentos, relativos à humanização, que não foram adquiridos nem na graduação nem no transcorrer de sua vida profissional. No entanto, verifica-se que as enfermeiras obstétricas compõem a principal ligação para fortalecer a união entre as habilidades técnicas e o cuidado humanizado que vem despontando como ferramenta necessária para um novo modelo de tratamento da gestante.

Inúmeros autores destacam diferentes processos que necessitam atenção para a humanização do parto, enfatizando a carência pelo reconhecimento direcionado ao direito da individualidade de expressão e aos atos garantidos a gestante. Esses processos se alçam ao patamar de necessidade em saúde, preconizando uma relação baseada pelo não autoritarismo, desenvolvido pela equipe de atenção a gestante, e pautando-se em princípios voltados às práticas humanizadas, com o intuito de promover melhor conciliação entre as partes.

Seibert *et al.* (2005) enfatizam que o termo *humanizar* significa adequar o nascimento ao desejo do casal, realizado de forma individualizada, observando a visão de um parto como processo fisiológico e feminino, portanto cabendo somente à gestante ser a protagonista. Ao ser protagonista durante o processo, sua decisão se revela como fator determinante em prol de uma experiência de maior e melhor humanização, que só ocorre quando a gestante controla todo o processo de parto, sendo orientada de forma integral através de informação que lhe apresente todos os passos dos procedimentos e dando seu consentimento quando solicitado.

Nesse caso, Sodré e Lacerda (2007) asseveram que as dificuldades para a implantação do processo de humanização executado na assistência obstétrica encontra-se na insensibilidade das atitudes dos profissionais da equipe de atendimento a gestante, ao não acatar as necessidades básicas de saúde das gestantes devido às condições ainda não sustentáveis do sistema de saúde pública; enraizadas na falta de informações respectivas ao acontecimento durante o procedimento do parto e nascimento, ampliadas pela insegurança e pelo medo embutidos em atos que não humanizam o momento.

A completa desatualização observada na prática de assistência diária destaca-se como outro modelo de dificuldade, apresentado por Rabelo e Oliveira (2010), ao encontrar profissionais de atendimento a gestante que não garantem um atendimento humanizado em seu dia a dia. As equipes de atendimento a parturiente obtiveram sua formação profissional baseada em procedimentos obstétricos desatualizados, que valorizam tópicos considerados como violência obstétrica. Por exemplo, atitudes normais desatualizadas são as práticas de rotina hospitalar, como a episiotomia, a

episiorrafia⁵, o toque vaginal e o tratamento com palavras pejorativas para gestante e algumas atitudes arbitrárias.

Narchi *et al.* (2011) destacam que tais ações são consideradas discriminatórias e desrespeitosas, não devendo ser rotineiras. Determinados procedimentos encontram amparo legal dentro do atendimento no trabalho de parto e outros são citados como atos de desrespeito aos direitos humanos, causando repúdio pelas mulheres, por gerarem desconfortos físicos e psicossociais no momento do parto.

⁵ Episiorrafia é a cicatriz resultante da incisão (corte) no períneo- episiotomia, realizada com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o período expulsivo, de forma a evitar lacerações extensas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aprofundamento na pesquisa e com a elaboração desta dissertação, surgiram inúmeras questões ligadas a situações históricas que retornam na atualidade. Tais situações criam vínculos negativos e estão inseridas no momento do parto. Essas questões levantadas dizem respeito ao tratamento que resulta na violência obstétrica praticada pela equipe de atendimento a gestante ou parturiente.

Tais resultados delineiam um fenômeno que ocorre de forma rotineira, restrito a ambientes hospitalares e ambulatoriais, tendo como agente desencadeador a equipe de atendimento a gestante com alcance de responsabilidade, atingindo a área da saúde e direitos humanos. Associados à questão social, tornam-se um problema de ordem pública, pois colocam em conflito áreas como a medicina e a sociedade, criando a necessidade de um ordenamento jurídico para assegurar o direito da mulher em decidir sobre sua vida e seu corpo.

Um comparativo com a atualidade poderia ser o *leito de Procasto* que descreve as condições de intolerância praticadas por um ser humano relacionado ao seu semelhante. Como em tantos outros sentidos dicotômicos, trata o mito como metáfora com o intuito de criticar as inúmeras tentativas de imposição a padrão, aplicadas em áreas do conhecimento para se promover o silêncio, propondo a conciliação em as condições morais e éticas que envolvem o momento do parto.

Esse pensamento filosófico enquadra-se pelo fato de os avanços da medicina ressaltarem em um combate a procedimentos que até pouco tempo seriam considerados práticas normais do atendimento a gestante e mesmo assim alguns ainda são utilizados, porém com ressalvas, porque não há procedimentos totalmente substitutivos.

Nesse contexto, vê-se a moral sendo imposta pelo conceito do autoritarismo expresso na equipe de atendimento a gestante. Constatam-se condições não humanizadas, às quais as parturientes são submetidas, seja com ações (episiotomia e manobra de Kristeller) categorizadas como violência física, seja com palavras que se enquadram

em violência psicológica. Na atualidade, os princípios considerados éticos denotam a necessidade do respeito aos direitos humanos.

A pesquisa transcorreu pautada na verificação dos direitos, civis e penais, que exemplificaram a precariedade do atendimento a gestantes, constatada com a presença de atitudes de violência obstétrica, comprovando necessidade da existência do direito comparado para que a equipe profissional respeite o estabelecido como Direitos Universais das Mulheres. No Brasil, existe um projeto de autoria do ex-deputado Jean Wyllys, parado por anos no Congresso brasileiro.

Essa interligação de áreas jurídicas é necessária porque a violência obstétrica encontra sua base na questão de gênero, o que ameniza o termo “violência praticada contra a mulher”. No entanto, comprova-se a violação de direitos, ocasionada pelas instituições, representada por atos como a privação do direito ao acompanhante, por negligência verificada nos cuidados em saúde da gestante, sempre firmadas pelas hierarquias consolidadas nas instituições que inibem a realização efetiva de práticas humanizadas.

Verificou-se que, em países vizinhos, existem leis específicas que garantem tais direitos, com o dever de informação para a parturiente, com o direito de acompanhamento e de escolha do procedimento a ser realizado, como também a garantia do direito de decidir sobre seu próprio corpo. Esse amparo legal foi implantado primeiramente pela Assembleia Nacional da Venezuela no ano de 2007, causando uma readaptação de condutas e leis que visaram à implantação da humanização junto às gestantes.

No Brasil, diversas pesquisas foram desenvolvidas, como a *Parirás com Dor (2012)* e a *Nascer no Brasil (2014)*, que serviram de base para este estudo, em que se constatou a luta pela implantação de redes de apoio contra a violência obstétrica e pelas ações voltadas para a prática do parto humanizado como solução para o problema.

A necessidade de procedimentos como a cesárea, na atualidade, resulta em uma indicação médica pautada por parâmetros regulamentados pelo Conselho Federal de

Medicina. Destaque-se que a presença de inúmeros procedimentos de cesarianas realizados pela rede privada demonstra a presença de escolha ou indicação realizada por terceiros. Tais procedimentos despontam, como citado nesta dissertação e pesquisado pela *Nascer no Brasil* (2014), como uma situação de escolha pautada pelo grau de instrução, pelo poder aquisitivo da gestante, por influência de familiares ou por direcionamento dos profissionais de atendimento a gestante.

A prática da violência obstétrica envolve atitudes e ações ligadas à desumanização do cuidado, questões que, associadas e mal desenvolvidas durante a formação da equipe de atendimento a gestante, provocam desentendimentos que produzem marcas na sociedade. Tais marcas constroem barreiras que fortalecem o cenário dessa violência, encontrado pelas parturientes nos hospitais públicos e até privados, e que ocasionam situações consideradas degradantes aos padrões físicos e psicológicos nos quais as gestantes estão inseridas ao necessitarem de atendimento nos hospitais. Vale lembrar que dentre as mulheres que apresentam seus direitos violados durante a gestação, parto e puerpério são pretas e pardas, infelizmente vítimas de preconceito de etnia/raça, escolaridade, classe social e vida reprodutiva, ou seja, pela interseccionalidade⁶.

Por esse motivo, a presente dissertação pautou-se em realizar um comparativo orientador, relativo aos direitos da parturiente, pois todas as pesquisas demonstraram uma ampla falta de conhecimento dessas mulheres sobre os direitos que lhes assistem. Elas não são informadas pelas equipes de atendimento a gestante, o que acarreta uma maior incidência da utilização de intervenções violentas, ratificadas pela falta de questionamentos ou objeções pelas gestantes ou seu acompanhante.

No andamento deste trabalho, compreenderam-se os pilares defendidos pelos movimentos que propagam a humanização do parto e se verificou ainda que, nas maternidades, esse movimento vem sendo implantado de forma crescente, porém lento, por estar emaranhado em diversas dificuldades que vão da falta de informação à falta de formação de ambas as partes. Por outro lado, a criação de projetos de leis direcionados a essa área específica, através da União, dos estados ou municípios,

⁶ Categoria teórica que focaliza múltiplos sistemas de opressão, em particular, articulando raça, gênero e classe.

fortalece o desejo de modificar e aprimorar em prol da ética na atenção à gestante. É o caso da Lei do Acompanhante, que tem o intuito de minimizar o sofrimento físico ocasionado pela prática de atos descritos como violência obstétrica. No entanto, o principal objetivo se constitui em devolver a dignidade e em resgatar o protagonismo da mulher no momento do parto e responsabilidade por seu próprio corpo.

Um grande avanço conquistado foi a inserção das *doulas* no ambiente do parto, de forma a apresentar perspectivas positivas para as gestantes, sendo sua principal função proporcionar calma, transmitir segurança e confiança durante o trabalho de parto, dedicando-se exclusivamente à parturiente. Esse fato desencadeia aumento da satisfação do nascimento para a gestante, contribuindo para redução nas taxas de cesáreas e no uso medicamentoso como a ocitocina, influenciando, de forma geral, até no tempo e tipo de atendimento ofertado à parturiente, por reduzir os custos do hospital.

Esta dissertação apontou diversos tópicos que elencam as dificuldades de implantação, nos hospitais brasileiros, das ações humanizadas a serem exercidas na assistência obstétrica. Em todos os estudos referendados aqui, foi unânime o posicionamento dos autores pela necessidade de realçar a ausência da preocupação relativa à individualidade da figura da mulher, gerada pela insensibilidade e deficiência inserida na capacitação parcial dos profissionais de atendimento a gestante, acarretando a insuficiência dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a compreensão que se destaca ao final é que a erradicação da violência obstétrica é um tema inicial e seu caminho vai ser longo, não atingindo somente a área da obstetrícia, mas repensando áreas como a da educação, a fim de promover a consciência dos direitos desconhecidos pela sociedade em geral.

Verificou-se a necessidade de criação e implantação de leis, portarias e programas de saúde que objetivem a humanização do atendimento no momento do parto, com ampla divulgação frente à sociedade. Essas ações provocarão a conscientização social sobre o tema tão carente de discussões e incentivarão as mudanças necessárias na formação dos profissionais da área, com o intuito de que a nova geração de profissionais que participam do atendimento a gestante possam humanizar, não somente seu exercício da profissão, mas humanizar sim suas atitudes

frente à mulher que necessita de atenção dentro do trabalho de parto, para que seja humanizado e respeitoso com todos os envolvidos.

Ao considerar que toda pesquisa apresenta algumas limitações esperasse que futuras pesquisas sobre a temática possam contar com um Observatório de violência contra a mulher em nosso país, para aprofundar e debater a temática com o protagonismo da mulher bem como participar da criação, implantação, execução e controle social de novas políticas públicas de enfrentamento a esta problemática.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Em seis meses, hospitais reverterem taxas de cesáreas de 10 anos**. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3032-em-seis-meses-hospitais-revertem-taxas-de-cesareas-de-10-anos#:~:text=Em%20seis%20meses%20de%20implanta%C3%A7%C3%A3o,a%20revers%C3%A3o%20dos%20altos%20n%C3%BAmeros>. Acesso em: 06 out. 2019.

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

ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista Ciência Médica**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 381-8, 2004.

AMORIM, M. Violência obstétrica: as intervenções desnecessárias. *In*: CONGRESSO ONLINE DE NASCIMENTO NATURAL E HUMANIZADO NASCER MELHOR, 2015. **E-book** [...]. v. 2 Parto 1. [S.l]: 2, 2016. Disponível em: <http://nascermelhor.com.br/ebook/>. Acesso em: 3 jun. 2019.

AMORIM, M.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-22, ago. 2010.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. *In*: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., Londrina, 2014. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2014.

AQUINO, R. *et al.* A estratégia saúde da família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.) **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 353-71.

ARGENTINA. **Decreto Reglamentario n.º 2035, de 24 de septiembre de 2015**. Apruebase la reglamentacion de la Ley n.º 25.929 sobre Parto Humanizado, que como Anexo I forma parte integrante de la presente medida. Buenos Aires, 2015.

ARGENTINA. Ley n.º 25.929, 17 de septiembre de 2004. Protección del embarazo y del recién nacido. Establecese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporandose las mismas al programa medico obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida. Buenos Aires, **Boletín Oficial**, 21 set. 2004.

ARGENTINA. Ley n.º 26.485, de 1 de abril de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. **Boletín Oficial**, Buenos Aires, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 4 th. New York: Oxford, 1994.

BERGHOLT, T. *et al.* Danish obstetricians personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. **Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica**, Estocolmo, v. 83, n.3, p. 262-6, mar. 2004.

BERNARDES, A. **Médicos processados injustamente**. Texto disponibilizado em maio 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/37988/medicos-processados-injustamente>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of a landscape analysis. Bethesda: Harvard School of Public Health, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Portaria n.º 2.418, de 2 de fevereiro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 2005. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2002a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei n.º 11.108 de 07, de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantia 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Número 67, seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

BRASIL. **Oito Passos para a Maternidade Segura**: guia básico para serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Portaria n.º 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO DA REDE CEGONHA, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jan. 2015. Seção 1, p. 30 2015.

Brasil. Portaria n.º 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2016. Seção 1, p. 58. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011.

BRASIL. Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 ago. 2009. Número 155, seção 1, p. 80.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-49, abr./jun. 1991.

CAVALIERI FILHO, S. **Programa de responsabilidade civil**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**: Convenção Belém do Pará. São Paulo: KMG, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Código de Ética Médica**: Resolução CFM Resolução CFM n.º 2.217 de 27 de setembro de 2018, modificada pelas modificada pelas Rssoluções CFM n.º 2.222/2010 e 2.226/209 Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Código de ética Médica: Resolução CFM n.º 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica e revoga a Resolução CFM n.º 1.246/1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1, p. 90. Retificação publicada 13 out. 2009. Seção 1, p. 173.

COUTO FILHO, A. F.; SOUZA, A. P. **Instituição de direito médico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-7, 2007.

CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p. 550-4, dez. 2011.

CUNHA, F. De como os modismos influenciam as condutas médicas. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 934, 936, nov. 1991.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGEANT, C. Introduction. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGEANT, C. (Ed.). **Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives**. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1997.

DECLERCQ, E. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, p. S17-S47, 2014.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 7-13, 2004.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, jul./set. 2005.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto. 2001. 253 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-37, jul./set. 2005.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-6, 2015.

DINIZ, G. R. S. Condição feminina: fator de risco para a saúde mental? In: PAZ, M. G. T.; TAMAYO, A. (Org.). **Escola, saúde e trabalho**: estudos psicológicos, Brasília: Editora da UnB, 1999. p. 181-97.

DINIZ, M. H. **Curso de direito civil**. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesárias e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde e Reprodução**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Acórdão n.º 13.0831/2000**. Brasília, DF, 2000.

DUARTE, A. C. Sobre a episiotomia... 2012. Disponível em: <http://maternandoeaprendendo.blogspot.com/2012/04/sobre-episiotomia.html>. Acesso em: 20 out. 2019.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-73, abr./jun. 1991.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FRANZON, A. C. A.; SENA, L. M. **Violência obstétrica é violência contra a mulher**: avaliação das mulheres sobre os cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento. 2012. Disponível em: file:///C:/Users/inesc/Desktop/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_Apresentacao%C3%A7%C3%A3o-Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf. Acesso em: 03 maio 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero no espaço público e privado**. São Paulo: Editora FPA/SESC, 2010.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto**: na hora de fazer não gritou. Texto disponibilizado em 25 mar. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 15 ago. 2019.

GALLO, A. M.; MELLO, H. C. Atendimento humanizado em unidades de urgências e emergências. **Revista F@paciência**, Apucarana-PR, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2009.

GARCÍA, D.; DÍAZ, Z.; ACOSTA, M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana de Salud Pública**, Havana, v. 39, n. 4, p. 718-32, 2013.

GRAVINA, V. A. **A responsabilidade civil da administração no direito brasileiro**. 2004. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/1655/A-Responsabilidade-Civil-da-Administracao-no-Direito-Brasileiro>. Acesso em: 15 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do registro civil**: tabela 2679 - nascidos vivos, por ano de nascimento, idade da mãe na ocasião do parto, sexo e lugar do registro. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2679>. Acesso em: 20 jul. 2019.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Traduzido do alemão por Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1986.

LA MANIOBRA de Kristeller; uma forma de violencia obstétrica. 2020. Disponível em: <https://www.parandoreja.com/la-maniobra-de-kristeller-una-forma-de-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 10 fev. 2020

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Sociedade Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-23, 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl.1, S17- S47, 2014.

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 90-4, maio 2001.

MAFFESOLI, M. **A parte do diabo**: resumo da subversão pós-moderna. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, G. F.; COELHO, I. M.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2007.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-33.

MPF/SP: hospital reconhece que pressionar a barriga da mulher no parto é violência obstétrica. Disponível em: <https://pgr.jusbrasil.com.br/noticias/193114700/mpf-sp-hospital-reconhece-que-pressionar-a-barriga-da-mulher-no-parto-e-violencia-obstetrica?ref=serp>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MORAES, A. **Constituição do Brasil interpretada**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para a implantação de um Modelo Humanizado de Assistência ao Parto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731-74, out./dez. 2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 609-15, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-7, jul./set. 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção a parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-68, ago. 2008.

NARCHI, N. Z. *et al.* Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 313-22, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, C.; ANDRADE, Y. As outras dores do parto: Como pacientes são maltratadas e por que a cesárea, a episiotomia e o uso de ocitocina são considerados abusos. **Revista do Brasil**, São Paulo, n. 69, mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. Nova York, Nações Unidas, 1979. 1998. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139389?posInSet=1&queryId=37301736-4371-45b1-8d6f-2318c8bd9968>. Acesso em: 8 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 15 nov. 2019.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2007.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 80-8, 2009.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica: parirás com dor: dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 2 set. 2019.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Carta de Campinas: ato de fundação**. 1993. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Funda%C3%A7%C3%A3o-da-ReHuNa-1993.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei n.º 17.097, de 17 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. Florianópolis, 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 15 ago. 2019.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SEAGER, J. **Atlas des femmes dans le monde: la réalité de leurs conditions de vie**. Paris: Éditions Autrement, 2003.

SEIBERT, S. L. *et al.* Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-51, 2005.

SIMAS, R. **Doulas e o movimento pela humanização do parto: poder, gênero e a retórica do controle das emoções**. 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina, PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 82-9, mar. 2007.

SOUZA, S. A. Leis de combate à violência contra a mulher na América Latina: uma breve abordagem histórica. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 27., 2013, Natal. **Anais [...]**. Natal, 2013.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011.

SOUZA, L. A. R. Violência obstétrica. *In*: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Recomendações Febrasgo para temas controversos**. São Paulo: Febrasgo, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/694-recomendacoes-febrasgo-para-temas-controversos>. Acesso em: 8 mar. 2020.

TAMANINI, M. **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médicas no Sul do Brasil**. 2004. 381 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas; Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TEIXEIRA, M. L. S. **A doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente**. São Paulo, Ground, 2003.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-92, 2002.

URUGUAY. Ley n.º 17.386, de 23 de agosto de 2001. Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendra derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre eleccion de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. **Diario Oficial**, Montevideú, 30 ago. 2001. N.º 25836.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Guías en salud sexual y reproductiva: manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.** Uruguay: Ministerio de Salud Pública, 2014.

VALADARES, C. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna.** 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 20 mar. 2020.

VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela**, n.º 38.668. Caracas, 23 abr. 2007.

VENOSA, S. S. **Responsabilidade civil.** 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

VENTURI, G.; GODINHO, T. (Org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2013.

VIDA PRENATAL CENTER. **Parto a fórceps.** 2020. Disponível em: <https://vidaprenatalcenter.com/2016/09/14/que-es-un-parto-con-forceps/parto-a-forceps/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-51, jul./set. 2008.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, n. 29, e155043, 2017.

ZANETTI, M. R. D. *et al.* Episiotomia: revendo conceitos. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 367-71, jul. 2009.