



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
MONOGRAFIA JURÍDICA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
UMA QUESTÃO CULTURAL BRASILEIRA

GABRIELLA CAMPOS ZANATTA
ORIENTADOR PROF. NIVALDO DOS SANTOS

GOIÂNIA-GO
2021

GABRIELLA CAMPOS ZANATTA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

UMA QUESTÃO CULTURAL BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito, Negócios e Comunicação, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS).
Prof. Orientador Nivaldo dos Santos.

GOIÂNIA-GO
2021

À toda mulher que foi impedida de ser protagonista do próprio parto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais que sempre se desdobraram e fizeram o impossível ser possível para me trazer até aqui, sempre apoiando meus sonhos e me ajudando a trilhar meu caminho.

Obrigada pai, por mesmo não estando mais presente fisicamente comigo, sempre se fazer presente. Obrigada por ter me ensinado tanto sobre persistência, dedicação e correr atrás dos sonhos. Sei que tudo o que fez em vida foi para me ajudar a alcançar meus objetivos.

Obrigada mãe, por me ensinar a ser uma mulher forte e determinada. Obrigada por nunca ter desistido, pelos seus esforços diários pela nossa família. Obrigada por me apoiar nessa caminhada, sem você nada disso seria possível.

Quero agradecer também à minha avó Rai que sempre cuidou de mim e é a melhor pessoa do mundo. Ao meu irmão Lucas que é meu melhor presente e sei que sempre estará comigo.

Não poderia esquecer da minha família do coração: minha sogra Maria e minha cunhada Marina. Com toda certeza, não seria quem sou hoje sem vocês.

E, por fim, preciso agradecer ao homem que está ao meu lado todos os dias. Diogo, você é minha estrela da sorte, veio para somar em todos os aspectos da minha vida, é meu companheiro e enfrenta todos os obstáculos da vida comigo. Obrigada por me encorajar e me apoiar todos os dias a ser alguém melhor.

Tudo o que eu fizer será sempre por vocês.

RESUMO

Violência obstétrica pode ser caracterizada como toda e qualquer agressão sofrida por mulheres, seja de caráter físico, psicológico, verbal ou sexual, explícita ou oculta, cometida por profissionais em instituições de saúde, no momento do pré-natal, parto, pós-parto imediato ou do aborto. Esses procedimentos ocorrem, em sua maioria das vezes, sem o consentimento da mulher, e acontecem em todos os âmbitos da saúde. A violência obstétrica enseja em séria lesão aos direitos fundamentais do ser humano, e está enraizada na cultura brasileira. O Brasil é omissos no quesito legislação quando se trata de violência obstétrica, a conduta sequer é tipificada no Código Penal brasileiro. O enquadramento das práticas de violência obstétrica pode garantir de forma indireta punição aos agressores. Com base de investigação a pesquisa bibliográfica e documental de caráter descritivo para obtenção dos dados fundamentais, além de relatos e imagens reais, permitiu constatar que os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto configuram violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres, contrariando as normas e princípios trazidos na Constituição Federal. Sendo assim, não podem permanecer sem tipificação criminal capaz de barrar a violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Parto; Pós-parto Imediato; Direitos Humanos Fundamentais; Agressão Contra a Mulher.

ABSTRACT

Obstetric violence can be characterized as any aggression suffered by women, whether physical, psychological, verbal or sexual, explicit or hidden, committed by professionals in health institutions, during prenatal care, childbirth, immediate postpartum or abortion. These procedures occur, most of the time, without the woman's consent, and they happen in all areas of health. Obstetric violence causes serious damage to the fundamental rights of human beings, and is rooted in Brazilian culture. Brazil is silent on the issue of legislation when it comes to obstetric violence, a conduct is not even typified in the Brazilian Penal Code. The framing of obstetric violence practices can directly guarantee the aggressors' punishment. Based on research, descriptive bibliographical and documentary research to obtain fundamental data, in addition to reports and real images, verify that abuse, mistreatment, negligence and disrespect during childbirth constitute a violation of fundamental human rights of women, contrary to the norms and principles established in the Federal Constitution. Therefore, they cannot remain without criminal classification capable of preventing obstetric violence.

Keywords: Obstetric Violence; Childbirth; Immediate postpartum; Fundamental Human Rights; Aggression Against Women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Marcas deixadas pela episiotomia.....	23
Ilustração 2 - Marcas deixadas pela episiotomia.....	23
Ilustração 3 - Manobra de Kristeller.....	26
Ilustração 4 - Quadro de recomendações para as indicações de cesarianas baseadas em evidência.....	30
Ilustração 5 - Importância do contato pele a pele nas primeiras horas de vida do bebê.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

VO – Violência Obstétrica

OMS – Organização Mundial da Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

UTIn – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUS – Sistema Único de Saúde

RMM - Razão de Mortalidade Materna

ONU – Organização das Nações Unidas

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem

PL – Projetos de Lei

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CP – Código Penal

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

CF – Constituição Federal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	11
1.1. O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	11
1.2. ONDE OCORRE E QUEM COMETE ESSE TIPO DE VIOLÊNCIA.....	14
2. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	17
2.1. CONSEQUÊNCIAS PARA A MÃE.....	17
2.2. CONSEQUÊNCIAS PARA A CRIANÇA.....	18
3. REDE PÚBLICA DE SAÚDE X REDE PRIVADA DE SAÚDE.....	21
3.1. DADOS RELEVANTES.....	21
3.2. DADOS E RELATOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE.....	23
3.3. DADOS E RELATOS DA REDE PRIVADA DE SAÚDE.....	27
4. LEGISLAÇÃO.....	32
4.1. APLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.....	32
4.2. PROJETOS DE LEI.....	35
CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	40

INTRODUÇÃO

O nascimento de um ser humano é algo extraordinário e marcante e deveria assim ser tratado. No entanto, ainda muito comumente no Brasil, mulheres sofrem abuso físico, psicológico e verbal de caráter violento durante o pré-natal, o parto e o pós-parto. Esses procedimentos violentos e, muitas vezes, sem o consentimento da mulher, ocorrem em todos os âmbitos da saúde.

Após ouvir, assistir e acompanhar relatos de mulheres grávidas e recém mães que sofreram violência dentro do ambiente hospitalar, sente-se a necessidade de explorar esse assunto e trazer maneiras de buscar justiça à essas mulheres através do Direito. Sendo o Brasil omissos em legislação sobre violência obstétrica, - a conduta sequer é tipificada no Código Penal brasileiro - o enquadramento das práticas de violência obstétrica pode garantir de forma indireta punição aos agressores.

O presente trabalho terá um referencial teórico com embasamento na literatura básica que se refere ao tema, sendo apresentado em conceitos, espécies, contexto histórico e, por fim, a pesquisa a ser desenvolvida. O sofrimento causado às mulheres que sofrem esse tipo de abuso possui muitas lutas já travadas e merece ser um assunto melhor reconhecido e tratado, por isso será abordado nessa pesquisa.

As informações com o intuito de respaldar esta Monografia serão trazidas de obras de literatura, artigos publicados, cartilhas, leis e projetos de lei, pesquisas em sites e também de um dossiê entregue para a CPMI da Violência contra a Mulher, todos estes, identificados com suas respectivas referências.

Assim sendo, todas as pesquisas e leituras realizadas auxiliarão e embasarão o tema abordado, trazendo as situações e aspectos ocorridos com as mulheres que sofrem violência obstétrica diariamente no Brasil, buscando e expondo soluções para o problema.

Ainda, tem-se como objetivo aprofundar o conhecimento acerca da Violência Obstétrica, e buscar soluções para que não aconteça; verificar como esse tipo de violência pode ser penalizada e estudar Projetos de Lei que buscam legislar sobre o problema da Violência Obstétrica.

A metodologia a ser utilizada na elaboração da pesquisa envolverá o método dedutivo e a pesquisa teórica, sendo assim oferece uma liberdade na

análise de se mover por diversos trajetos do conhecimento, possibilitando assumir várias posições no desenvolvimento do percurso, não sujeitando a atribuição de uma resposta única e universal a respeito do objeto.

Tendo em vista o tema a ser tratado, o trabalho será realizado a partir de referências bibliográficas referente a cada um dos objetivos, com intenção de retratar o contexto histórico, os conceitos, estruturação da violência obstétrica prevista em lei, e análise da legislação, doutrinas e obras aptas, a fim de propiciar a abordagem do tema.

1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

1.1. O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O excesso de intervenções e procedimentos invasivos tornaram-se hábitos cotidianos no final do século XIX, levando o parto a deixar de ser um evento fisiológico, passando a ser uma prática unicamente médica e hospitalar, resultando na submissão de mulheres à normas e atitudes rígidas de alguns profissionais.

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é aquela cometida contra a mulher em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto imediato e abortamento. Podendo ser verbal, física, psicológica ou sexual e se expressa de diversas maneiras.

Lansky et al (2019, p. 2812), sobre a definição do termo violência obstétrica, explicam que:

Esta terminologia foi proposta para a identificação de qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. A violência obstétrica foi recentemente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, em 2014, como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês.

Sendo assim, tem-se que: não apenas as condutas abusivas adotadas para com a mãe, mas também para com o bebê, desde o momento de sua entrada na instituição de saúde até sua alta, são consideradas como violência obstétrica.

Ademais, um ponto importante a ser destacado refere-se ao fato de que essa violência não é cometida apenas em parto vaginal, mas também em parto cesáreo. Ou seja, o tipo de parto não tem influência sobre os números da violência.

Quanto à violência obstétrica, resta claro que fere os direitos sexuais e reprodutivos, pois refere-se exatamente a uma violação ao corpo, à dignidade e à autonomia das mulheres durante importantes etapas de sua vida reprodutiva. É uma violência cometida com o viés de gênero, pois são mulheres que passam pelo ciclo gravídico-puerperal.

Diversas condutas são configuradas como VO, tais como: assistência sem qualidade, demora, negligência, negação para a administração de analgésicos, agressões físicas, psicológicas e/ou verbais, desrespeito às escolhas da parturiente, condução de procedimentos sem esclarecimento e autorização da parturiente, utilização de procedimentos que já não são recomendados, desnecessários, ultrapassados, passíveis de gerar danos e sequelas temporárias ou definitivas.

Enema, jejum prolongado, episiotomia sem necessidade, tricotomia, utilização do fórceps, cesáreas eletivas, exame de toque de forma dolorosa, negligência da escolha da parturiente para o melhor posicionamento, exames de toque frequentes são exemplos de violência obstétrica.

São consideradas ações de caráter físico as que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. As eventuais manobras ou intervenções desnecessárias, como o uso indevido de fórceps ou da manobra de Kristeller, que porventura causem danos ao bebê, também são consideradas violências obstétricas.

As ações verbais ou comportamentais que causem na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade ou abandono são caracterizadas por violência psicológica. Segundo o estudo da Fundação Perseu Abramo as mulheres comumente ouvem gritos, piadas, risos e comentários que ferem a sua moral durante o parto e puerpério, tais como “na hora de fazer o filho não doe, né?”.

Apesar dos avanços da medicina e do desenvolvimento de técnicas cada vez mais eficazes relacionadas aos procedimentos, todos os dias, em alguma proporção, mulheres sofrem violência obstétrica em todo o mundo. Segundo a pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2010, uma em cada quatro mulheres que passa por um parto no Brasil sofre algum tipo de violência definida como VO pela OMS.

Em um estudo realizado em 2018, com mais de 3000 mulheres obteve-se os seguintes dados (JARDIM; MODENA, 2018, p. 7):

Das puérperas estudadas, 63,1% não tiveram a presença de profissional que proporcionou conforto físico e emocional; 37,2% não receberam esclarecimento sobre procedimentos; 67,9% sentiram medo; 28,3% receberam ordens para parar de gritar; 24,6% foram apelidadas. Em relação aos procedimentos, 86,7% referiram Manobra de Valsalva;

52,2%, exame de toque por diferentes pessoas; 63,8%, uso de soro e 34,5%, de ocitocina.

O conceito de violência obstétrica vem sendo traçado, aos poucos, como parte de uma grande articulação dos movimentos sociais, tanto nacionais quanto internacionais, em prol do parto humanizado, que buscam dar visibilidade a diversas práticas abusivas cometidas contra as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, e forçar o Estado brasileiro a traçar políticas públicas em prol do parto humanizado e da proteção ao direito das mulheres.

Estudos em todo o mundo deixam evidente que o cometimento de violência obstétrica tem raízes culturais. Muitos sistemas e profissionais de saúde estão habituados a tratar a parturiente, principalmente na rede pública, de forma mais agressiva, alegando ser um estímulo para a mulher passar de forma mais adequada pelo parto. No entanto, este é um discurso que não representa a realidade e não está de acordo com os Direitos Humanos.

1.2. ONDE OCORRE E QUEM COMETE ESSE TIPO DE VIOLÊNCIA

No dossiê Parirás Com Dor – CPMI da Violência Contra as Mulheres, a violência obstétrica é caracterizada por atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva podendo ser cometidos por profissionais de saúde, ou outros profissionais envolvidos na atenção prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, dentro do ambiente hospitalar/ambulatorial:

Violência obstétrica é todo ato praticado contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. (REDE, 2012, p. 60).

Além disso, não são apenas médicos ou profissionais da saúde que podem incorrer nesse tipo de abuso, qualquer um dos profissionais envolvidos com o momento do parto pode atuar dessa forma, seja profissional do hospital da área administrativa até a da limpeza do ambiente hospitalar.

As instituições, hospitais, maternidades e clínicas, públicos ou privados, também podem cometer violência institucional quando produzem ações ou formas de organização que dificultam, retardam ou impeçam o acesso da mulher

aos seus direitos constituídos, tais como a cobrança indevida de taxas que pode ser considerada como violência obstétrica patrimonial.

A chamada peregrinação também é considerada uma violência. Ocorre quando a mulher tem que se deslocar de hospital em hospital em busca de atendimento e é negligenciada, lhe sendo negado atendimento no momento do trabalho de parto ou antes dele. Muitas mulheres acabam parindo nos arredores do hospital, como no caso demonstrado no acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJFDT):

[...] a autora alegou que, no ano de 2007, estava no nono mês de gravidez quando entrou em trabalho de parto, sendo socorrida pelo SAMU que a levou ao Hospital de Samambaia. Falou que foi atendida pela médica plantonista (...) a qual lhe negou internação ao argumento de que não havia lençol nem camisola naquela unidade hospitalar (...) ignorada e sofrendo as dores do parto sem qualquer assistência, acomodou-se em um banco de cimento, na parte externa frontal do hospital, tendo ali o seu filho. Alegou que o cordão umbilical foi cortado ali mesmo e a criança levada pelas enfermeiras para o interior do hospital, sendo a autora internada somente por volta das 02:30 da manhã, quando os lençóis e camisolas, cuja falta foi alegada, apareceram sem dificuldade.

Ainda, quanto à questão de médicos cometerem a VO não deixando a mulher ciente dos procedimentos e necessidades dos mesmos, as taxas de cesáreas no Brasil ultrapassam os limites toleráveis e continuam aumentando a cada ano. Em 2007, 47% dos nascimentos se deram por via cirúrgica, sendo que na rede pública a proporção de cirurgias foi de 35% e, no setor particular, de 80% (VICTORA et al., 2011).

O país lidera o *ranking* mundial de cesáreas e tem que reduzir drasticamente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde, que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. Mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações inerentes ao procedimento.

Ademais, a OMS traduz VO a partir da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher por profissionais de saúde, ao submetê-la a tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do parto, resultando na perda de autonomia da mulher e retirando as condições que a torna capaz de decidir livremente sobre seu corpo.

Posto isto, não se pode compreender Violência Obstétrica como erro médico ou aceitar que seja equiparado a conduta médica. São atos traumatizantes na assistência, ou na omissão de assistência, ao parto e puerpério que abarcam formas de desrespeito contra a dignidade humana, essa trazida no texto constitucional brasileiro do artigo 5º, inciso III, que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988).

2. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1. CONSEQUÊNCIAS PARA A MÃE

A gravidez e o nascimento de um filho são eventos importantes e que causam intensas mudanças na vida dos familiares e principalmente da mãe. Durante estes períodos ocorrem alterações fisiológicas e hormonais em grandes proporções para que haja uma adaptação do organismo.

Todo o processo e o contexto em que a mulher está inserida desde a concepção até a hora do parto, exercerá influência no desenvolvimento e na percepção da gestante perante esse evento.

A realização desnecessária de procedimentos invasivos como episiotomia, tricotomia, manobra de Kristeller, uso de ocitocina, diminuição do pH do sangue do cordão umbilical e do desprendimento cefálico abrupto, bem como hiper-medicalização, amniotomia, exames de toques excessivos e, cesárias eletivas, podem ocasionar complicações para a mãe e para o bebê e contribuem com a dor e o sofrimento durante o processo do parto e pós-parto. (ROCHA; GRISI, 2017)

Limitar a posição da gestante no leito; restringir a ingesta hídrica e alimentar; proibir a presença de acompanhante; afastar o bebê saudável da mãe e usar de linguajar impróprio e/ou desrespeitoso são fatores que levam à intensificação dos sentimentos de medo, insegurança, angústia e constrangimento, oportunizando o aparecimento dos transtornos emocionais. (SILVA et al, 2017)

Todos os tipos de violência obstétrica podem promover impacto na taxa de morbimortalidade materna, por isso, uma mulher que recebe pouco ou nenhum suporte ou é violentada durante o processo da gestação, corre maior risco de desenvolver quadros depressivos; transtornos de ansiedade; fobias; compulsão alimentar; distúrbios do sono e outros tipos de sintomas psicossomáticos. (BARRETO, 2017)

Transtornos comportamentais, de adaptação e ansiedade são as consequências psicossociais mais comuns presentes entre as mulheres que sofreram violência obstétrica.

O transtorno de adaptação no pós-parto surge após um evento estressor e é caracterizado pelo desenvolvimento de sintomas emocionais ou com-

portamentais, que levam ao prejuízo significativo no funcionamento social, interferindo nos cuidados com o bebê, na amamentação, no estabelecimento de vínculo e no desenvolvimento do recém-nascido, podendo evoluir para distúrbios comportamentais mais complexos.

Todas essas situações podem conduzir a “[...] iatrogenias, com efeitos evitáveis sobre a saúde da mulher e a do bebê, como a distócia no parto, hemorragias e hipóxia neonatal, além da insatisfação da mulher e a depressão pós-parto” (LANSKY et al, 2019, p. 2812).

Dentre as consequências mais comuns advindas da VO tem-se os seguintes transtornos: transtorno de adaptação; transtorno de ansiedade; pânico; fobia; transtorno obsessivo compulsivo; estresse pós-traumático; depressão pós-parto; disfobia puerperal; psicose puerperal; compulsão alimentar; distúrbios do sono.

Além de culminar em interferência na relação da puérpera com o próprio recém-nascido, amigos e parentes, sociedade; recusa da mulher em procurar o serviço de saúde em caso de morbidades decorrentes de complicações no parto; interferência na relação da mulher com uma possível próxima gestação.

É perceptível que a maioria das mulheres que sofrem violência obstétrica e relatam sentimento de frustração, raiva, anseio e impotência diante da experiência negativa do parto, estão suscetíveis a desencadear algum transtorno.

A hipermedicalização da assistência ao parto no Brasil, o uso abusivo de ocitocina e da episiotomia, entre outros, tem sido associada a efeitos iatrogênicos e aumento da morbidade materna e infantil, como a prematuridade iatrogênica, a internação de bebês em UTI, a hemorragia e infecção materna.

Tendo em vista que os procedimentos desnecessários e a comunicação inadequada podem interferir no desenvolvimento da gestante, é importante que os profissionais da saúde atuem com cautela, delicadeza e empatia desestigmatizando o processo do parto como um processo doloroso, ruim e desnecessário.

2.2. CONSEQUÊNCIAS PARA A CRIANÇA

Apesar dos partos ocorrerem predominantemente em hospitais e serem assistidos por médicos, os coeficientes de mortalidade neonatal e infantil

permanecem insatisfatórios, essa situação caracteriza o “paradoxo perinatal brasileiro”, no qual há intensa medicalização do parto e nascimento.

Neste ponto, cabe observar o que Lansky *et al.*, 2014, diz:

[...] a insistência na utilização de procedimentos não recomendados pelas evidências científicas, como o uso abusivo de ocitocina e imobilização no leito, bem como a exigência da posição litotômica (decúbito dorsal com as pernas elevadas) no parto e situações de estresse nas parturientes devido ao jejum, solidão e tratamento desrespeitoso, são fatores importantes e que influenciam os resultados perinatais.

Relatos de várias partes do Brasil referem-se à utilização rotineira de ocitocina, rompimento artificial da bolsa e a dilatação manual do colo para acelerar a dilatação, seguida de comandos de puxos, episiotomia, manobra de Kristeller e fórceps para acelerar o período expulsivo. Caso essas manobras não resultem na saída do bebê pela vagina, ou caso haja suspeita de sofrimento fetal, recorre-se à cesárea.

Em um parto normal, para a verificação da dilatação do colo do útero, é feito o procedimento conhecido como exame de toque. Uma manobra muito comum durante o exame de toque é a “dilatação” ou “redução manual do colo do útero”, que é um procedimento doloroso, realizado a fim de acelerar o trabalho de parto. Pode ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto, e que na grande maioria das vezes é realizado sem esclarecimento ou consentimento da paciente.

Já é de conhecimento que essas intervenções realizadas rotineiramente para acelerar o trabalho de parto e parto podem provocar diversas complicações para mãe e bebê, inclusive aumentam o risco de morbimortalidade de ambos. Essa abordagem que mais se assemelha a uma linha de montagem não considera as necessidades e diferenças de cada indivíduo, não considera a fisiologia do parto e nascimento além de submeter mãe e bebê a riscos desnecessários.

Em tratando-se de cesáreas, satisfação e segurança são prometidas às parturientes sem divulgar os riscos de submeter-se desnecessariamente a uma cirurgia de grande porte, o risco de agendar a cesárea para antes do bebê estar realmente maduro para nascer e os riscos aumentados do bebê necessitar de internação em UTIn.

Procedimentos não justificados podem gerar consequências e iatrogenias, com efeitos evitáveis sobre a saúde da mulher e a do bebê, como a distócia no parto que é a disfunção das contrações uterinas impedindo a progressão do trabalho de parto, podendo causar lesões no bebê, hemorragias e hipóxia neonatal, também chamado de sofrimento fetal, consiste na diminuição ou ausência da assimilação de oxigênio recebida pelo feto através da placenta, o que pode ocasionar diversas deficiências, como paralisia cerebral, podendo alcançar a morte.

Ademais, após o nascimento do bebê é de extrema importância que seja realizado o contato com a mãe. No entanto, a cultura brasileira de “partos a jato e em cadeia” impede que este contato se realize, não importando a via de parto.

A ciência vem provando que a separação do bebê da sua mãe, é completamente deletéria para ambos. Já o contato pele a pele beneficia, entre outros, a microbiota do bebê, que será a mesma da sua mãe. É comprovado ser fundamental que a primeira pessoa que pegue e que fique em contato pele a pele com o bebê seja a sua mãe.

Além disso, os estudos comportamentais mais ampliados colocam que um bebê que é separado da sua mãe pode apresentar problemas de vínculo. Também esse contato direto, pele a pele, é um momento em que todo o padrão respiratório e circulatório do bebê é mais ajustado.

Considerando que é um direito do bebê estar com sua mãe imediatamente após o nascimento e pensando na saúde do bebê e da mulher não se deve separar um bebê e uma mãe que estejam em boas condições de saúde e que queira o contato pele a pele.

Posto isto, tem-se que inúmeros são os malefícios causados pela Violência Obstétrica nas mães e seus bebês, as quais vão desde alterações psicológicas, interferência na relação mãe-bebê, lesões, deficiências, internações na UTIn, podendo ocasionar o falecimento do recém-nascido.

3. REDE PÚBLICA DE SAÚDE X REDE PRIVADA DE SAÚDE

3.1. DADOS RELEVANTES

A Violência Obstétrica foi trazida como tema em uma audiência pública promovida no dia 20 de junho de 2018 pela Comissão Permanente Mista de Combate à Violência Contra a Mulher, onde Daphne Rattner afirmou (Agência Senado, 2018):

Não é uma questão do Sistema Único de Saúde. É uma questão da cultura da nossa sociedade, que legitima o feminicídio. O cuidado deveria estar centrado no bem estar da mulher, do bebê e da família. Mas infelizmente a cultura institucional faz com que o cuidado esteja centrado na conveniência do profissional e da instituição.

De acordo com o Ministério da Saúde, mais de 90% das mortes de mulheres ocorridas durante o parto poderiam ter sido evitadas. Para Thaís Fonseca de Oliveira, representante do órgão, o Brasil registra "um excesso" de procedimentos invasivos, como a episiotomia. O corte entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de parto ocorre em 53,5% dos casos. (Agência Senado, 2018)

Relatos de várias partes do Brasil referem-se à utilização rotineira de ocitocina, rompimento artificial da bolsa e a dilatação manual do colo para acelerar a dilatação, seguida de comandos de puxos, episiotomia, manobra de Kristeller e fórceps para acelerar o período expulsivo. Caso essas manobras não resultem na saída do bebê pela vagina, ou caso haja suspeita de sofrimento fetal, recorre-se à cesárea.

Na conduta médica nos plantões obstétricos da rede pública e privada, existe uma "etiqueta" de não sobrecarregar o próximo médico que irá assumir o plantão, pois esse possivelmente estará chegando de outro plantão e estará cansado. Essa conduta, conhecida por "limpar a área", consiste em realizar cesáreas no final do plantão de todas as mulheres que ainda estão em trabalho de parto, ou acelerar o parto através de outras intervenções. Dessa forma, o plantonista seguinte poderá descansar ao chegar, se encarregando de acompanhar somente as gestantes que serão internadas em seu plantão. (Parirás com Dor, 2012)

As mulheres não são esclarecidas da necessidade do procedimento, ou por vezes são ludibriadas por falsas indicações – exemplos: "não tem dilatação", "não tem passagem", "o seu bebê prendeu o pé na sua costela". (Parirás com Dor, 2012)

De modo geral, “desculpas” dessa natureza constituem violência obstétrica de caráter institucional e, por seus desdobramentos causais, consequentemente a ocorrência de violência obstétrica de caráter psicológico.

O óbito materno é definido como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais. (Agência Saúde, 2020)

Posto isto, o Brasil conseguiu reduzir em 8,4% entre 2017 e 2018 a RMM, um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto no ano anterior era de 64,5. (Agência Saúde, 2020)

No entanto, o que mais chama a atenção, segundo o próprio Ministério da Saúde, é que cerca de 92% dessas mortes são consideradas evitáveis. E, ainda, esse número ultrapassa excessivamente a meta firmada com Organização das Nações Unidas (ONU), que é de 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos até 2030.

Cabe ressaltar que no período de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no SIM, sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. (Agência Saúde, 2020)

O Boletim Epidemiológico Vigilância em Saúde no Brasil 2003 - 2019 mostrou que, no período de 2003 a 2017, houve um declínio relevante na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil, de 22,5 em 2003 para 13,4 para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2017.

E, no entanto, mesmo com a redução no número de óbitos infantis entre 2003 e 2017, a proporção de óbitos por causas evitáveis permaneceu em quase 70%. Dentro desse número de óbitos que poderiam ser evitados, o percentual que poderia ser reduzido por ações de atenção à mulher na gestação e no parto aumentou de 31% para 41% entre 2003 e 2017. Isso significa que, nos

casos de mortes evitáveis, 41% dos recém-nascidos que vieram a óbito poderiam estar vivos apenas com ações de atenção às mulheres na gestação e no parto. (GARCIA, 2020)

A mortalidade infantil é dividida em três componentes: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). O componente neonatal precoce representa mais de 50% dos óbitos infantis, sugerindo a necessidade de melhoria na qualidade da assistência no parto. (GARCIA, 2020)

3.2. DADOS E RELATOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Tratando-se de partos realizados na rede pública de saúde, através do SUS, o maior número de relatos e reclamações é quanto à violência relacionada ao abandono, sofrimento, descaso, desrespeito e também à quantidade de procedimentos invasivos, como a episiotomia, na maioria das vezes realizada contra a vontade da paciente, que causam desconforto.

De acordo com Daphne Rattner, representante da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento na Comissão Permanente Mista de Combate à Violência Contra a Mulher, a violência obstétrica ocorre em hospitais públicos e privados. E a pesquisa da Fundação Perseu Abramo indica que 27% das mulheres atendidas na rede pública afirmam ter sofrido violência.

Durante a pesquisa para elaboração do Dossiê Parirás com Dor, foram realizadas entrevistas com algumas mulheres que sofreram violência obstétrica na rede pública de saúde em todo o país.

Quanto à desobediência à Lei do Acompanhante nº 11.108, de 7 de abril de 2005, alguns relatos são:

“Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse ‘Então eu vou embora e você faz o parto’.” (Atendida na rede pública, Barbacena-MG)

“Apesar de ter sofrido uma cesárea, meu marido não conseguiu ficar como acompanhante, pois o serviço só permitia acompanhante mulher. Fiquei algumas horas sozinha até uma acompanhante mulher chegar. Durante o pós-parto, e apesar de estar sofrendo vários desmaios, o hospital proibiu a permanência da acompanhante depois de 24h por protocolo da instituição.” (Atendida na rede pública, Rio de Janeiro-RJ)

Segundo o estudo *Nascer no Brasil*, realizado em 2011 e 2012, a episiotomia é usada em 56% dos partos realizados no Brasil, enquanto a recomendação da OMS é que essa taxa fique entre 10% e 30% dos partos. Quanto a isto temos:

“Senti muita dor com uma manobra de ‘massagem perineal’ que foi feita durante o parto e pedi para a médica tirar a mão dali. Ela respondeu ‘Quem manda aqui sou eu’. Logo em seguida, foi feita uma episiotomia sem aviso. Até hoje tenho sonhos e *flashes* dos momentos que passei na sala de parto, chorei muito, e até hoje, choro porque dói dentro de mim, dói na alma.” (Atendida na rede pública, Santo André-SP)

“Chorei na hora do corte e depois chorei do primeiro ao último ponto. Depois que nasceu, aplicaram a anestesia. A anestesia não pegou e costuraram assim mesmo.” (Atendida na rede pública, Serra-ES)

Abaixo pode-se visualizar a realidade da maioria dos casos de episiotomia rotineira, procedimento invasivo e sem necessidade:

Ilustração 1 - Marcas deixadas pela episiotomia



Fonte: BALOGH, 2017

Ilustração 2 - Marcas deixadas pela episiotomia



Fonte: Parirás com Dor, 2012

Quanto à Violência Obstétrica caracterizada como violência psicológica, os seguintes relatos:

“Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: “na hora de fazer tava gostoso, né?”. Nessa hora me senti abusada.” (Atendida na rede pública, São Paulo-SP)

“Era noite de lua cheia e as enfermeiras diziam que eu tinha sorte por pegar a sala de parto limpa pois em noites de lua cheia elas mal tinham tempo de limpá-la. Na sala de parto o médico mandava eu ficar quieta, disse que uma menina de 13 anos não fazia o escândalo que eu estava fazendo. E disse que eu estava fazendo tudo errado.” (Atendida na rede pública, Curitiba-PR)

“Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!”
(Fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. (Rede pública, Vitória-ES)

“Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: ‘Tchau! Até o ano que vem!’ Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: ‘Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.’ Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa.” (Atendida na rede pública, Vitória-ES)

“Tinha uma mulher lá do preparo, do pré-parto lá, preparando as mulheres, falou na minha cara: “você não acha que está velha demais não, pra estar parindo?”. Falou na minha cara. Falou que eu estava velha pra estar parindo. Eu falei: “não, eu não sou velha. Eu só estou maltratada”; falei pra ela. E ela lá menina, e eu com dor e ela: “se você não calar a boca...” que se eu começasse a gritar que ela ia embora e ia deixar eu lá gritando”. (Atendida na rede pública, São Paulo-SP)

Quanto ao descaso, desrespeito e falta de assistência médica adequada, vemos:

“Quando cheguei na maternidade, um plantonista veio fazer o exame de toque, depois chamou outro para fazer outro toque e chegaram à conclusão que eu estava com 4 cm de dilatação. Fui levada para o centro cirúrgico sem me informar nada. Quando questionei o porquê eu estava naquela sala, o médico falou que minha estatura era baixa e provavelmente o bebê não passaria na minha pelve. Questionei a conduta dele e pedi para que ele me deixasse tentar o parto normal. Ele ficou visivelmente irritado e disse que lavava as mãos caso ruim acontecesse. Ele não quis mais me atender e me passou para outro plantonista. Depois de passar o tempo todo deitada na maca, pois não me permitiram me movimentar para ajudar no trabalho de parto, sem poder beber ou comer, com ocitocina no soro, sem acompanhante, fui para mesa de parto, amarraram minhas pernas, uma enfermeira subiu em cima da minha barriga e minha filha nasceu. Só depois de 7 horas após o parto levaram a minha filha para eu conhecer.” (Atendida na rede pública, Belo Horizonte-MG)

“Minha filha nasceu a caminho do hospital, no carro, sem assistência. Tudo porque me senti altamente constrangida no hospital, lugar no qual

deveria me sentir segura. Fui amedrontada e desrespeitada nos atendimentos anteriores no hospital. ” (Atendida na rede pública, Belo Horizonte-MG)

“Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para ‘pegar’. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer. ” (Atendida na rede pública, Vitória-ES)

“Uma enfermeira me disse para parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação. ” (Atendida na rede pública, Curitiba-PR)

Quanto ao importante contato pele a pele entre mãe e bebê ser interrompido nas primeiras horas de vida, tem-se:

“Após o nascimento, não tive o direito de segurar minha filha, nem de amamentá-la na hora, ela não tinha nada, era perfeita e saudável e não me permitiram isso. ” (Atendida na rede pública, São Paulo-SP)

Abaixo relato quanto a manobra de Kristeller:

“O médico fez manobra de Kristeller, empurrando minha barriga para baixo. Me fizeram episiotomia sem ao menos perguntar se eu permitia ou me explicar o motivo do procedimento. Eu me senti extremamente mal e vulnerável por não ter entendido nada do que aconteceu comigo. Minha filha nasceu mal e ficou internada por uma semana. Nunca soube o motivo. Ninguém nunca me explicou nada sobre o parto e sobre o porquê da minha filha ficar internada. Eu nunca mais quis ter filhos. ” (Atendida na rede pública, Belo Horizonte-MG)

Ilustração 3 - Manobra de Kristeller



Fonte: Parirás com Dor, 2012

A manobra de Kristeller, é realizada em 1/3 dos partos vaginais no Brasil, mesmo não possuindo evidências científicas de que gere benefícios para a parturiente ou o bebê, pelo contrário, pode ocasionar lesões na mulher e na criança. E, ainda, é contraindicada pela OMS, Ministério da Saúde, Febrasgo, Cofen e outras instituições de saúde. (Parirás com Dor, 2012)

Por fim, abaixo relatos quanto ao descaso da equipe médica que levaram a traumas, lesões graves e a morte de bebês. E também, de mulheres que passaram pela situação do aborto:

“O médico só gritava: ‘puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!’. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: ‘Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?’. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: ‘Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura.’. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: ‘Quer ver o corpo?’. Eu não quis.” (Atendida na rede pública, Juiz de Fora-MG)

“Eles gritavam comigo assim: ‘Faz força direito!’, ‘Faz força de fazer cocô’, ‘Você vai matar seu filho! É isso que você quer?’, ‘Para de gritar senão seu filho vai morrer!’.” (Atendida na rede pública, Vila Velha-ES)

“A mulher que estava na cama ao lado dizia a todo tempo que ela não tinha provocado o aborto. Era horrível ver o jeito que tratavam dela. Muita grosseria e muito descaso. Ela morreu no dia em que eu tive alta.” (Atendida na rede pública, Vitória-ES)

“Cheguei ao hospital apavorada, em prantos Fui imediatamente encaminhada ao médico de plantão. Esse senhor, sem sequer me cumprimentar, ao ser informado da minha idade gestacional e ver a quantidade de sangue, disse: ‘É um aborto. Torça para que o sangramento continue, para que não precise de curetagem.’. Diante do meu inconformismo, ele disse: ‘Você é jovem e terá outros filhos.’. Senti como se estivesse sendo esfaqueada. Fiquei tonta, atordoada. Aquele médico esqueceu-se de algo essencial: para ele, aquele podia ser um ato cotidiano, mas eu estava perdendo um filho. Filho que tinha sido planejado por anos e já era extremamente amado. Não importava quão nova eu era ou quantos filhos ainda teria. Aquele era único e estava morrendo.” (Atendida na rede pública, Belo Horizonte-MG)

3.3. DADOS E RELATOS DA REDE PRIVADA DE SAÚDE

Na rede privada de saúde, em sua maioria através de planos de saúde, as reclamações e abusos sofridos estão em maior número quando se tratam de cesárea eletiva, sem indicação, apenas por conveniência médica. Ademais, muitas vezes os médicos e enfermeiros não respeitam a vontade da paciente e dizem que sabem o que estão fazendo.

De acordo com Daphne Rattner, representante da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento na Comissão Permanente Mista de Combate à Violência Contra a Mulher, a violência obstétrica ocorre em hospitais públicos e privados. E a pesquisa da Fundação Perseu Abramo indica que 17% das mulheres atendidas na rede privada afirmam ter sofrido violência.

No Brasil, muitos hospitais privados possuem altíssimos índices de cesáreas. Em alguns períodos do ano em alguns hospitais, é difícil encontrar vagas disponíveis devido à grande demanda para agendar cesáreas. Os riscos e complicações dessa cirurgia devem ser esclarecidos à mulher, já que, possui aumento considerável de mortalidade e morbidade grave para mãe e bebê comparados a um parto normal com assistência adequada.

Outro tipo de cesárea por conveniência do médico são as cesáreas realizadas no setor suplementar com falsas indicações, agendadas previamente entre segunda e sexta-feira. É comum ver várias pacientes de um mesmo médico com cesáreas agendadas para um mesmo dia que serão realizadas uma seguida da outra. E outro fato muito comum são os mutirões de cesáreas realizadas às vésperas de feriados prolongados e festas de fim de ano.

Em 2010, o índice de cesáreas no setor suplementar alcançou 82% dos partos, apesar da Organização Mundial de Saúde recomendar uma taxa de até 15% de cesáreas. As mulheres asseguradas por planos de saúde estão mais vulneráveis a uma cirurgia de cesárea, apesar de estarem supostamente em um grupo com melhor qualidade de vida e mais acesso aos serviços de saúde. Especialistas apontam que a baixa remuneração para a assistência ao parto é um dos fatores determinantes para o agendamento de várias cirurgias a serem realizadas em sequência em um só dia. (Parirás com Dor, 2012)

Muitas cesáreas são agendadas para quando a mulher está prestes a completar 37 ou 38 semanas. Isso evitaria que o médico fosse pego de surpresa de madrugada para atender a um trabalho de parto, ou durante o período que tem consultas marcadas ou durante o fim de semana.

Porém, nem sempre pode-se saber a idade gestacional exata e não há outro sinal de maturação do bebê como o início natural do trabalho de parto. O alto índice de bebês com baixo peso ao nascer no setor privado é uma questão que merece atenção. (Parirás com Dor, 2012)

Durante a pesquisa para elaboração do Dossiê Parirás com Dor, foram realizadas entrevistas com algumas mulheres que sofreram violência obstétrica na rede privada de saúde em todo o país. E, quanto às cesáreas eletivas, por conveniência médica ou sem indicação relevante, temos os seguintes relatos:

"A minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações." (Atendida através de plano de saúde, São Paulo-SP)

"Meu médico sabia que eu queria parto normal. Pedi a ele que tentasse esperar mais, que preferia repetir os exames mais pra perto e pelo menos sentir as contrações para então fazer a operação. Ele me disse que era muito arriscado" esperar, que cesariana não era tão perigoso assim como dizem, que não era nada demais. Ele abriu a agenda dele e falou: 'Ingrid, quarta-feira que vem você se interna e a gente faz a cesárea.'. Meu marido virou pra ele e falou: 'Poderia ser na sexta-feira, assim no final de semana eu poderia ficar com ela direto?'. Ele respondeu: 'E eu vou perder o meu final de semana???' (Depois de nascer, seu bebê passou 14 horas na UTI por desconforto respiratório.) (Atendida através de plano de saúde, Rio de Janeiro-RJ)

"Sentindo dores desde às 6 da manhã, meu médico me diz às 15h da tarde de sábado, que o 'termômetro para parto normal' dele estava quebrado e por parto normal o bebê não nasceria antes da meia noite. Quando entrei na sala de cirurgia, uma enfermeira fez o toque e viu que tinha 9cm de dilatação. Se esperassem uma ou duas horas, eu teria condição de ter o parto normal como planejei nos 9 meses anteriores. Porém, a equipe já estava toda montada para a cirurgia e foi feita uma cesárea sem me dar outra opção." (Atendida através de plano de saúde, Campos dos Goytacazes-RJ)

"Fiz uma ultrassonografia quando estava de 20 semanas e minha bebê ainda estava sentada. Por isso, minha médica pediu para marcar a cesárea para quando a gestação completasse 37 semanas. Ninguém me examinou antes de abrirem minha barriga. Durante a cirurgia ouvi ela dizer que a bebê tinha virado e poderia ter sido um lindo parto normal." (Atendida através de plano de saúde, Vitória-ES)

Ainda, abaixo podemos observar um quadro com as recomendações para reais indicações de cesárea:

Ilustração 4 - Quadro com recomendações para as indicações de cesarianas baseadas em evidências

Diabetes	Não é indicação de cesárea <i>per se</i>	A
Pré-eclâmpsia	Não é indicação de cesárea <i>per se</i>	B
Outras situações clínicas	Individualizar: cesárea por indicação obstétrica	C
Câncer ovariano e cervical	A cesariana pode estar indicada em função do tratamento	C
Parto após transplante hepático	Não é indicação de cesárea	C
Oligohidrâmnio	Isoladamente não é indicação de cesárea	B
	Preferir a medida do maior bolsão em vez do IIA para sua determinação	A
Ruptura prematura das membranas	Não é indicação de cesárea	A
Circular de cordão	Não é indicação de cesárea	A
Gestação prolongada	Não é indicação de cesárea	A
Anomalias congênitas	Indicação obstétrica, a depender de qual anomalia (considerar se existe desproporção)	B
	Feto de mãe diabética com mais de 4,5 kg de peso estimado: cesariana eletiva	A
	Feto de mãe diabética com menos de 4,5 kg: indicação obstétrica	A
Macrossomia fetal	Feto de gestante sem diabetes com mais de 5 kg de peso estimado: considerar cesárea	A
	Feto de gestante sem diabetes com menos de 5 kg: não é indicação de cesárea eletiva.	A
	Não há evidências para avaliação de peso fetal a termo em gestações de baixo risco	A
Prematuro em apresentação cefálica	Não é indicação de cesárea	B
Prematuro em apresentação pélvica	Não há evidências suficientes a favor da cesariana eletiva	A
	Indicação liberal de cesariana intraparto	A
Pequeno para a idade gestacional	Isoladamente não é indicação de cesárea	A
Baixo peso	Isoladamente não é indicação de cesárea	A
Amadurecimento placentário precoce	Não é indicação de cesárea	B

Fonte: Souza et al, 2010

Quanto à episiotomia, vemos:

“Durante o pré-natal, falei para a obstetra que eu não queria que fosse feito a episio. Ela me respondeu se eu gostaria de ficar toda rasgada e relaxada.” (Atendida através de plano de saúde, Belo Horizonte-MG)

“Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu.’” (Atendida através de plano de saúde, Belém-PA)

“E o médico, depois de ter cortado a minha vagina, e depois do bebê ter nascido, ele foi me costurar. E disse: ‘Pode ficar tranquila que vou costurar a senhora para ficar igual a uma mocinha!’. Agora sinto dores insuportáveis para ter relação sexual.” (Atendida através de plano de saúde, São Paulo-SP)

Quanto à desobediência à Lei do Acompanhante e não ter seus direitos atendidos quando solicitados, alguns relatos são:

“Imprimi a lei e levei para o meu médico ver, mas ele leu e disse que não tem nada na lei [Lei Federal 11.108/05] escrito cesariana. Ele disse que o direito é só para parto e por isso eu não vou poder ter acompanhante na cesariana.” (Atendida através de plano de saúde, São Paulo-SP)

“Na hora do expulsivo, eu não tive alternativa de posição, então tive que me deitar na mesa obstétrica, minhas pernas foram amarradas aos estribos, um campo cirúrgico foi erguido de modo que eu não via quem eram as pessoas que entravam na sala e me viam de pernas abertas, embora escutasse a porta abrindo e fechando o tempo todo. Ainda não estava com dilatação completa quando ela me orientou a fazer ‘força comprida’ durante as contrações.” (Atendida com pagamento particular, Ribeirão Preto-SP)

“Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico.” (Atendida através de plano de saúde, Rio de Janeiro-RJ)

Quanto ao importante contato pele a pele entre mãe e bebê ser interrompido nas primeiras horas de vida, tem-se:

Ilustração 5 - Importância do contato pele a pele nas primeiras horas de vida do bebê



Fonte: Reis, 2016

No entanto, na maioria dos relatos obtidos, as mães afirmam não ter o direito de ter seus bebês em seus braços logo ao nascer, como se vê:

“Meu filho nasceu com apgar 10 e 10. Quando ele foi para o berçário, começou realmente o tormento. Eu pedi que o levassem para o quarto. Passei a madrugada ligando para o berçário, mas só apareceram com ele umas 6 ou 7 horas depois, pois era procedimento padrão da maternidade passar horas em um berço aquecido. Qual a justificativa de se separar um recém-nascido da mãe por tanto tempo? Um bebê que nasceu super bem!” (Atendida através de plano de saúde, Belo Horizonte-MG)

4. LEGISLAÇÃO

4.1. APLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE

A suprema CF traz, em seu inteiro teor, o seguinte artigo:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Ainda, a OMS busca assegurar às mulheres o direito a uma assistência de saúde digna e respeitosa durante a gravidez e o parto, sem sofrer violência e discriminação, independente de raça, escolaridade ou renda. Portanto, em todo o mundo e, especialmente, no Brasil, qualquer ato desrespeitoso, abusivo ou de maus tratos equivale a uma violação dos direitos fundamentais das mulheres, garantidos na Constituição Federal.

Mesmo que não exista no Brasil uma lei que enquadre a violência obstétrica, o quadro pode ser revertido com a busca na implantação efetiva do parto humanizado, no intuito de garantir os direitos fundamentais das parturientes. (CUNHA, 2015)

Nos últimos anos foram previstas políticas e programas que visem a melhoria da assistência à gestante, no intuito de um parto humanizado e uma redução da mortalidade materna e neonatal. Pela portaria 1.459/11 do Ministério da Saúde foi criada a Rede Cegonha, que estabelece:

Art. 1º: Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

[...]

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Esse programa federal procura estabelecer um atendimento individualizado à gestante, a partir de quando se descobre a gravidez até o parto, oferecendo profissionais especializados para o atendimento e proporcionando maior segurança no momento do parto.

Ademais, a atenção à gestante, ao pré-natal, pré-parto, pós-parto imediato e à criança também estão resguardados no ECA, nos seguintes artigos:

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

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.

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária

§ 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.

§ 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.

§ 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

[...]

§ 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.

§ 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.

§ 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.

[...]

Tem-se que, desde 1985 a OMS tem recomendado que a mulher tenha um acompanhante no parto. Dos benefícios proporcionados apenas pela presença de um acompanhante: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto. (Parirás com Dor, 2012)

Caso o nascimento seja por uma cesárea, os benefícios da presença do acompanhante incluem: diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno. (Parirás com Dor, 2012)

Nesse sentido passou a vigorar a Lei nº 11.108/05, conhecida como lei do acompanhante, estabelecendo a garantia para parturientes da presença de um acompanhante, tanto no momento do parto quanto no pós-parto, quando atendidas no SUS ou em rede privada.

No entanto não há punições estabelecidas em caso de desrespeito, além do fato de que muitas mulheres sequer sabem que podem lutar para usufruir desse direito e, assim, passam sozinhas pelo momento do parto, momento em que ficam mais vulneráveis e suscetíveis à ocorrência de violência obstétrica.

É bastante frequente, em instituições privadas, o estabelecimento de protocolos superiores à legislação vigente. Já algumas instituições públicas ou conveniadas ao SUS alegam desconhecimento do dispositivo, ou atribuem ao setor privado o direito ao acompanhante como uma espécie de “privilégio”, infringindo, portanto, os dispostos da Lei nº 11.108/05. (Parirás com Dor, 2012)

De modo geral, “desculpas” dessa natureza constituem violência obstétrica de caráter institucional e, por seus desdobramentos causais, conseqüentemente a ocorrência de violência obstétrica de caráter psicológico.

Infelizmente a VO ainda não está regulamentada no CP (Código Penal) como um crime específico, mas pode ser configurada como lesão corporal leve ou grave, dependendo da intensidade em que ocorre. Em situações mais graves, que podem levar à morte da gestante ou parturiente, o médico ou o responsável pela violência pode responder criminalmente por homicídio. Ainda, a gestante/puérpera poderá arguir ação de danos morais contra os profissionais e o ambiente hospitalar responsáveis.

Nesse âmbito, cabe ressaltar algumas jurisprudências neste sentido:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. Parto normal com episiotomia. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (Inobservância de regra técnica de profissão). Pena que não merece redimensionamento. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois. Após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal,

culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. (RIO GRANDE DO SUL, TJRS, 2013, grifo nosso).

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – COMPLICAÇÕES À SAÚDE DECORRENTES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – COMPROVAÇÃO DA CONDUTA E DO NEXO DE CAUSALIDADE NO CASO CONCRETO – RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO CONFIGURADA – ART. 37, § 6º, CF – DEVER DE INDENIZAR EVIDENCIADO – SENTENÇA REFORMADA EM PARTE – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. Consoante a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, as pessoas jurídicas de direito público respondem objetivamente pelos danos que causarem a terceiros, com fundamento no art. 37, § 6º, da Constituição Federal, tanto por atos comissivos quanto omissivos, desde que demonstrado o nexo causal entre o dano e ato/omissão do Poder Público (AgRg no RE com Ag 697.326/RS, 1ª T., rel. Min. Dias Toffoli, DJe 25.04.2013). **Demonstrado nos autos que a despeito de as circunstâncias fáticas (gestante portadora de glicose sanguínea elevada e bebê com sobrepeso, com apenas sete meses de gestação) recomendarem a realização de cesariana, os médicos que assistiram a parturiente fizeram parto normal com utilização de procedimento para expulsão do feto sem os cuidados necessários (Manobra de Kristeller), ocasionando-lhe sofrimento e sequelas físicas,** imperioso o reconhecimento do dever de indenizar, nos moldes do art. 37, § 6º, da Constituição Federal. (MATO GROSSO, TJMT, 2019, grifo nosso).

4.2. PROJETOS DE LEI

Por violência obstétrica ressalta-se qualquer atendimento obstétrico que não siga os parâmetros de humanização. No entanto, o Brasil ainda não dispõe de leis específicas que abordem a violência obstétrica, tipificando essa conduta e caracterizando-a como um crime contra as mulheres.

Alguns países da América Latina já alcançaram uma evolução considerável na área, como Argentina e Venezuela, e seus textos legais deixam evidente o que é a violência obstétrica, esclarecem a característica ilícita desses atos e definem sanções para tais condutas.

No Brasil esforços vêm sendo realizados e algumas leis federais, estaduais e municipais, buscam definir garantias mais precisas de direitos às gestantes e parturientes, como é o exemplo da Lei do Acompanhante, e também das Leis nº 13.061/15 – João Pessoa (PB), nº 17.097/17 – Santa Catarina, e nº 6.144/18 – Distrito Federal, as quais dispõem, respectivamente, sobre:

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e à parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica no município de João Pessoa. (João Pessoa, 2015)

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. (Santa Catarina, 2017)

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. (Distrito Federal, 2018)

Ademais, diante da escassez de normas federais regulamentando a violência obstétrica e impondo seus limites, aplicando sanções a quem cometer, estão em andamento alguns Projetos de Lei para este fim. Como por exemplo o PL nº 878/2019 e nº 7633/2014 que caracterizam a VO em todos os seus âmbitos e trazem três títulos, quais sejam: Das diretrizes e dos princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério; Da erradicação da violência obstétrica; Do controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas.

Ainda, os dois PLs trazem a seguinte sanção “As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões. ”

Nesse mesmo sentido, expõe o PL nº 8219/2017, o qual “dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”. Em seu texto traz a pena de detenção de seis meses a um ano e multa para quem cometer VO, e também a pena de detenção de um a dois anos e multa a quem praticar episiotomia sem que haja risco de vida da mãe ou do bebê.

O PL nº 7867/2017 fala sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério, buscando aplicar como sanção as penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil.

E, cabe ressaltar ainda, o PL nº 2589/2015 que traz no seu texto a busca pela criminalização da Violência Obstétrica, dispondo que toda VO passa a ser crime de constrangimento ilegal, onde o não cumprimento incidirá na pena prevista no art. 146, CP, sendo a de detenção de três meses a um ano ou multa,

podendo incorrer no aumento de pena aplicando-se as penas correspondentes à violência em concurso material.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre como as questões envolvendo os vários contextos da Violência Obstétrica assolam a vida de grande parte das mulheres brasileiras. Sob a ótica de diversas pesquisas, artigos, jurisprudências e livros, pode-se observar que a VO é um problema materializado em todos os âmbitos da saúde e trata-se de uma afronta ao que preza os princípios fundamentais da pessoa humana.

Ao realizar as pesquisas para que o presente trabalho pudesse ser construído, foi possível entender que o fato de as mulheres ainda sofrerem VO está predominantemente ligado à cultura patriarcal e arcaica vivida no Brasil. Observa-se que existe, de fato, essa violência obstétrica, e, além disso, está relacionada com a violência de gênero. Ainda, essa violência vai além do físico e atinge a saúde mental da gestante, resultando em uma perda de autonomia.

Como foi visto nesse trabalho, a primeira seção trouxe o conceito de Violência Obstétrica que pode ser caracterizada como quaisquer atos violentos praticados por médicos, enfermeiros e/ou funcionários hospitalares no período gestacional, parto e pós-parto. Conduta essa percebida nos hospitais sendo lesão de direito que vitima um quarto das parturientes do Brasil e viola a dignidade, a liberdade e a segurança da mulher e de seu filho.

Na segunda seção constatou-se as diversas consequências ocorridas à mulher e à criança que sofrem VO. Tem-se que as principais sequelas sofridas são psicológicas, no entanto, a parcela de mortes e doenças desencadeadas por condutas médicas desnecessárias e/ou ultrapassadas é um número preocupante. Ainda, é certo que não se pode generalizar as condutas necessárias e emergenciais realizadas pelos profissionais da saúde que podem resultar em erros com a práticas de violência obstétrica. A episiotomia, o uso de fórceps, a manobra de Kristeller, ameaças, ultrapassam o erro e inferem na lesão física e emocional.

A partir da análise feita na terceira seção, concluiu-se, por meio pesquisas e relatos públicos, que os números e dados sobre a quantidade de mulheres que sofrem Violência, seja na rede pública ou privada de saúde são muito altos e precisam ser combatidos de maneira efetiva.

Por fim, na quarta seção observou-se a possível aplicação da legislação vigente com o enquadramento das condutas, consideradas Violência Obstétrica nas legislações e documentos internacionais no Código Penal brasileiro, permitindo uma sanção indireta aos agressores. Além disso, apresentou projetos de lei que visam a tipificação da VO, bem como a efetiva penalização e punindo corretamente quem a comete.

Atualmente, o direito carece de aprimoramentos legislativos, visto que não possui uma lei federal que visa erradicar a violência obstétrica e os magistrados, em sua maioria, sequer reconhecem em suas decisões judiciais essa violência como tal. Dessa forma, entende-se que há um certo limite do jurídico para atuar nessa área, e, também, que esse limite sempre existirá visto se tratar de uma causa que depende de uma mudança na estrutura social, que vai desde a formação dos médicos e equipe médica, até a questão cultural de gênero.

A ausência de tipificação retira a justa ordem jurídica que deve ser assegurada a todos os cidadãos, sem quaisquer distinções, como bem leciona o texto constitucional. Nesse sentido, a criminalização da violência obstétrica é necessária sim. É preciso uma definição de alcance federal que diretamente puna essa forma de violência contra a mulher assegurando que a gestação e o parto, momentos unicamente femininos, sejam plenamente velados e protegidos.

É importante que o direito incorpore e aplique o conceito de violência obstétrica, e, ainda, a tipifique em sua legislação para que essas mulheres se sintam amparadas caso sejam vítimas. Ainda, acredita-se que com esse reconhecimento os profissionais da área da saúde buscariam se especializar melhor no mundo da humanização e repensar as suas práticas.

REFERÊNCIAS

BALOGH, Giovanna. Entenda porque a episiotomia é desnecessária. 2017. Disponível em: <<https://www.maesdepeito.com.br/entenda-por-que-episiotomia-e-desnecessaria/>> Acesso em: 03 outubro 2021.

BARRETO G. Violência obstétrica no Brasil. JUS Navigandi. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/57163/violencia-obstetrica-no-brasil>> Acesso em: 31/08/2021

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Lei 11.108/2005 - Do Subsistema de Acompanhamento Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelgis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2589/15. Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. 2015. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1618070>> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7633/14. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. 2014. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7867/17. 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. 2017. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Projeto de Lei nº 8219/17. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. 2017. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Projeto de Lei nº 878/19. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. 2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192345>> Acesso em: 16 setembro 2021.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf> Acesso em: 03 outubro 2021.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 6.144. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. 2018. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_06_2018.html> Acesso em 16 setembro 2021.

GARCIA, Maria Fernanda. Mortalidade Infantil: 70% das mortes no Brasil poderiam ter sido evitadas. 2020. Disponível em: <<https://observatorio3setor.org.br/noticias/mortalidade-infantil-70-das-mortes-no-brasil-sao-de-causas-evitaveis/>> Acesso em: 03 outubro 2021.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Revista latino-americana de enfermagem. 2018; vol. 26, e3069. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 23 maio 2021.

JOÃO PESSOA. Lei nº 13.061. Dispões sobre a implantação e medidas de informação à gestante e à parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando a proteção destas contra à violência obstétrica no Município de João Pessoa. 2015. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2015/1306/13061/lei-ordinaria-n-13061-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-a-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-a-protecao-destas-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-joao-pessoa>> Acesso em: 16 setembro 2021.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública 30, Rio de Janeiro, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt/>>. Acesso em: 23 maio 2021.

LANSKY, Sônia et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2021.

MARQUES, Silva Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. 2020. Artigo – Brasília, 2020.

MATO GROSSO. Tribunal de Justiça do Mato Grosso - TJ-MT. APL: 00002329820158110003 MT. Relator: Helena Maria Bezerra Ramos. Data de Julgamento: 08 jul. 2019, Primeira Câmara de Direito Público e Coletivo. Disponível em: <https://tj-mt.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/839418547/apelacao-apl-2329820158110003-mt?ref=serp>. Acesso em: 16 setembro 2021.

NASCER NO BRASIL: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Maria do Carmo Leal e divulgada em 2014. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/video-nascer-no-brasil> > Acesso em: 03 outubro 2021.

NILO, Alessandro Timbó e SILVA, Mônica Neves Aguiar da. A relação paciente-médico: por uma nomenclatura bioética. Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas. Santo Ângelo, v. 19, n. 35, p. 79-107. 2019.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. 2009. Artigo - Comunicação Saúde Educação – Universidade de Brasília. 2009.

REIS, Marieta. 2017. Contato pele a pele – Golden Hour. Disponível em: < <https://mammisis.wordpress.com/2017/10/23/contato-pele-a-pele-golden-hour/> > Acesso em: 03 outubro 2021.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça. Apelação crime nº: 70053392767. Relatora: Desembargadora Lizete Andreis Sebben. APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. Parto normal com episiotomia. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (inobservância de regra técnica de profissão). Porto Alegre, 14 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/113388642/apelacao-crime-acr-70053392767-rs/inteiro-teor-113388652>>. Acesso em: 16 setembro 2021.

ROCHA MJ; GRISI EP. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. Revista Multidisciplinar e de Psicologia, São Paulo, 2017.

SANTA CATARINA. Lei ordinária nº 17.097. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. 2017. Disponível em: < <https://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-17097-2017-santa-catarina-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-e-protecao-a-gestante-e-parturiente-contr-a-violencia-obstetrica-no-estado-de-santa-catarina> > Acesso em: 16 setembro 2021.

SAÚDE, Agência. Ministério da Saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher. 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>> Acesso em: 03 outubro 2021.

SENADO, Agência. Senado Federal. Violência obstétrica é uma realidade cruel dos serviços de saúde, apontam debatedores. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/06/20/violencia-obstetrica-e-uma-realidade-cruel-dos-servicos-de-saude-apontam-debatedores>> Acesso em: 03 outubro 2021.

SILVA FM, et al. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. Revista Prevenção de Infecção e Saúde, Piauí, 2017.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. Femina, setembro de 2010, vol 38 nº 10; 505-16.

VICTORA, Cesar G., et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. THE LANCET. London, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>> Acesso em: 23 maio 2021.

VIOLÊNCIA Obstétrica: Parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.



RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Gabriella Campos Jamotta
do Curso de Direito, matrícula 201720001002806,
telefone: 62 98150-3107 e-mail gabriella.jamotta31@gmail.com, na
qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei nº 9.610/98 (Lei dos Direitos
do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o
Trabalho de Conclusão de Curso intitulado
Violência Obstétrica: Uma questão cultural brasileira

gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões
do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado
(Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG,
MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a
título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 10 de dezembro de 2021.

Assinatura do(s) autor(es): Gabriella Campos Jamotta

Nome completo do autor: Gabriella Campos Jamotta

Assinatura do professor-orientador: 2011A

Nome completo do professor-orientador: Nivaldo dos Santos