



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

DIREITOS HUMANOS: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

ORIENTADA: SAHELLEM SOARES DE SÁ ABREU
ORIENTADORA: PROF. MS. ELIANE RODRIGUES NUNES

GOIÂNIA-GO

2023

SAHELLEM SOARES DE SÁ ABREU

DIREITOS HUMANOS: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Artigo Científico apresentado à disciplina de Trabalho de Curso II, da Escola de Direito, Negócios e Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS). Orientador: Profa. Ms. Eliane Rodrigues Nunes

GOIÂNIA-GO

2023

SAHELLEM SOARES DE SÁ ABREU

DIREITOS HUMANOS: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Data da Defesa: 07 de junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Ms. Eliane Rodrigues Nunes

nota

Examinador Convidado: Prof. Eufrosina Saraiva

nota

Dedico este trabalho aos meus pais, cujo amor e dedicação incondicionais me acompanharam ao longo de toda a minha vida. Sem o apoio de vocês, eu não teria chegado até aqui. Agradeço também à minha irmã, cuja amizade e companheirismo me encorajaram e me inspiraram a perseguir meus objetivos.

Além disso, gostaria de dedicar este trabalho ao meu namorado Igor Caixeta, que sempre esteve presente para me apoiar, aconselhar e incentivar durante este processo acadêmico. Agradeço pela sua amizade, pela sua paciência e pelo seu comprometimento em me ajudar a alcançar meus objetivos.

Espero que possa servir como uma pequena homenagem à força e ao amor que me deram ao longo do caminho. Obrigado por tudo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que me ajudaram neste trabalho.

Primeiramente, agradeço a minha orientadora Eliane Rodrigues Nunes, por sua orientação, paciência e conhecimento especializado que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Sua experiência e compromisso com a minha formação foram uma inspiração constante.

Agradeço aos meus amigos e familiares, que sempre me apoiaram em minhas decisões acadêmicas e me incentivaram a continuar perseverando. Seus conselhos e encorajamentos me mantiveram motivada e positiva.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer ao meu parceiro Igor Caixeta, por me ajudar a manter o equilíbrio entre a vida acadêmica e pessoal. Sua compreensão, amor e apoio foram a pedra angular de minha jornada acadêmica.

A todos vocês, meus mais sinceros agradecimentos. Sem sua ajuda, essa jornada seria impossível de realizar.

Atenciosamente,

Sahellem Abreu

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	07
INTRODUÇÃO	08
1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	10
1.1. Tipos de Violencia Obstétrica	14
1.1.1. Violencia Física	14
1.1.1.1. Episiotomia	15
1.1.1.2. Manobra de Kristeller.....	17
1.1.1.3. Intervenções realizadas para acelerar o processo de parto	19
1.1.1.4. Posições restritas e inadequadas para o parto.....	20
1.1.2. Violencia Psicológica	21
1.1.2.1. Coação ao parto cesárea.....	22
1.1.3. Violencia Sexual	23
1.1.3. Violencia por negligencia.....	23
2. O QUE DISPÕE A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	25
3. RECONHECIMENTO E A JUDICIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	27
4. MEDIDAS PARA PREVENIR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	30
5. CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

DIREITOS HUMANOS: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Orientada: Sahellem Soares De Sá Abreu

RESUMO

O presente artigo concentrou os temas violência obstétrica e Direitos Humanos. Onde a violência obstétrica é uma forma direta de ferir os Direitos Humanos, caracterizada pela imposição de intervenções desnecessárias, ofendendo a integridade física e psicológica das gestantes e parturientes, colocada em prática por profissionais da saúde, bem como instituições, sendo ela pública ou privadas as quais as mulheres são submetidas. A análise feita tem o objetivo de levar à população o conhecimento necessário, e a distinção da Violência Obstétrica, respaldada na República Federativa do Brasil, para compreender a “judicialização” deste tema. A metodologia utilizada para a realização do estudo foi a pesquisa bibliográfica, pois tem objetivo de conhecer os variados métodos de contribuições científicas para este tema. A pesquisa visa apresentar medidas que os Estados propõem, amparos legais disponibilizados em favor das vítimas e técnicas para as pacientes poderem ser tratadas de forma digna e humanizada.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Violência Obstétrica. Judicialização. Humanização.

HUMAN RIGHTS: OBSTETRIC VIOLENCE

ABSTRACT

This article focused on obstetric violence and human rights. Where obstetric violence is a direct way of infringing Human Rights, characterized by the imposition of unnecessary interventions, offending the physical and psychological integrity of pregnant women and parturients, put into practice by health professionals, as well as institutions, whether public or private which women are subjected. The analysis carried out aims to provide the population with the necessary knowledge, and the distinction of Obstetric Violence, supported by the Federative Republic of Brazil, to understand the "judicialization" of this theme. The methodology used to carry out the study was bibliographical research, as it aims to know the various methods of scientific contributions to this topic. The research seeks to present measures that the States propose, legal protections made available in favor of the victims and techniques so that the patients can be treated in a dignified and humane way.

Keywords: Human rights. Obstetric Violence. Judicialization. Humanization.

INTRODUÇÃO

O parto é uma ocasião de suma importância para a sociedade como meio de manutenção da vida humana por ser um momento marcante como experiência humana, biológica e psicológica. No Brasil, a prática do parto hospitalar se expandiu após a segunda guerra mundial, quando novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, anestesia, assepsia, hemoterapia e antibioticoterapia foram incorporadas pelos médicos, reduzindo assim, a morbidade e mortalidade maternas e perinatais nas intervenções praticadas no parto hospitalar. Com as altas nos números de intervenções hospitalares no parto, surge neste ambiente a violência obstétrica, exercida principalmente por profissionais da área da saúde que encontram a paciente em momento vulnerável pelo estado de gravidez em que se encontra, e estabelecem uma relação de domínio violento.

A presente pesquisa abordará a violência obstétrica e sua característica violadora de direitos humanos, mais especificamente dos direitos humanos dos pacientes. A problematização encontrada para a realização do presente trabalho foi relacionada em apresentar as medidas que os Estados propõem, os amparos legais que são disponibilizados e as técnicas para que as pacientes possam ter um parto humanizado e respeitoso. O objetivo principal do trabalho foi de levar ao conhecimento da população a questão sobre a violência obstétrica, usando a Constituição da República Federativa do Brasil como instrumento para entender sobre sua “judicialização”.

A metodologia adotada para a realização deste foi a de pesquisa bibliográfica. Para isso, foram empregados diversos modos de consultas, desde consultas manuais, realizadas em livros até as consultas eletrônicas através de pesquisas na internet, tendo como referencial teórico Chiavenato, Leme (2005), Gil, Dutra, dentre outros. A pesquisa bibliográfica tem como objetivo conhecer as mais variadas formas de contribuições científicas para um determinado tema, ela dá o suporte necessário a todas as fases de qualquer tipo de pesquisa, uma vez que, auxilia na definição de um determinado problema, na organização de objetivos, na construção de hipóteses e na formação dos fundamentos da justificativa da escolha do tema e na elaboração do relatório final.

A presente pesquisa foi dividida em 04 (quatro) tópicos com o objetivo de conceituar sobre a violência obstétrica e conhecer as posições jurídicas a cerca dessa prática. Para determinar se houve a prática da violência obstétrica por parte de profissionais da saúde, o primeiro tópico desse trabalho adentrou sobre os conceitos e tipos de violência obstétrica.

O segundo tópico do presente trabalho, teve como objeto o conhecimento sobre o que a Organização Mundial da Saúde – OMS, dispõe sobre o tema trabalhado. Já o tópico três, compreende sobre a judicialização da violência obstétrica.

No último tópico, de número quatro, relata sobre possíveis medidas a serem adotadas como preventivas, a fim de diminuir ou até erradicar a violência obstétrica.

Com base na descrição do tema, e tendo em vista o Direito comparado, pretende-se realizar uma abordagem legal e doutrinária, demonstrando a problemática que envolve os reflexos da “judicialização” do tema e violência obstétrica em si.

1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com a Lei Estadual de Goiás nº 19.790/2017, “considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por doulas, por algum familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no estado puerperal.”

A violência obstétrica atinge diretamente as mulheres e pode ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto. É o desrespeito ao seu corpo, ao seu processo e principalmente a sua autonomia, além de poder ocorrer das mais variadas formas, como por exemplo por meio de violência verbal, física, psicológica e sexual. Não esquecendo das velhas e ultrapassadas práticas e intervenções com procedimentos desnecessários e sem evidência científica.

Tudo isso afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, o que acarreta traumas, bloqueios emocionais, depressão, dificuldade na vida sexual, dentre outros.

Apesar de se esperar que o parto seja um momento lindo e humanizado, algumas mulheres relatam ter vivido esse evento de forma traumática, outras delas nem puderam contar suas histórias.

O trabalho de parto compreende os vários processos que ocorrem no corpo da mulher levando à dilatação do colo do útero e à expulsão do bebê para o meio externo. Inicia-se com contrações que, com o tempo, tornam-se mais frequentes e dolorosas. Essas contrações, responsáveis pela expulsão do bebê e da placenta, ocorrem, principalmente, em virtude da ação do hormônio ocitocina.

“Ocitocina: apresenta uma série de funções relacionadas com a nossa reprodução, como a secreção do leite pelas glândulas mamárias e a facilitação das contrações do músculo liso do útero no momento do parto. Por causa dessa última propriedade, a ocitocina é frequentemente utilizada na prática obstétrica. Sua administração no momento do parto aumenta a atividade da musculatura uterina e favorece o parto normal. ” SANTOS, Vanessa Sardinha dos. "Ocitocina: o hormônio do amor?"; Brasil Escola. (Pesquisa feita em 15 de novembro de 2022)

Parto é o nome dado ao momento em que o bebê deixa o útero da mulher, e assim finaliza o período da gestação.

Alguns autores costumam dividir o trabalho de parto em três fases, sendo a primeira responsável pelo afinamento e abertura do colo uterino, a segunda responsável pela expulsão do bebê e a última sendo aquela em que há liberação da placenta. Deste modo, tem-se em mente o parto é para acontecer de uma forma natural (salvo em casos de risco para a gestante e o nascituro).

Partindo do princípio de que, a partir do século XVIII, o parto, tinha como foco central a mulher, e as mesmas eram auxiliadas por parteiras, muda, e passa a ser realizado por médicos, na Inglaterra as técnicas e modelo de assistência também são substituídas. As mulheres e seus filhos são “separados” e passam a se adequar a parir em função da conveniência médica, desencadeando vários processos para corrigir o corpo da mulher, o que era uma coisa natural, já passa a ser tratada como falha e a incapacidade de parir naturalmente. Daí então o parto se modifica gradativamente até se tornar “hospitalizado”, e já não é mais uma experiência unicamente feminina.

Os hospitais se tornaram palco da Obstetrícia moderna, em que a tecnologia é usada não só para salvar a vida das parturientes, mas sim para otimizar o tempo de trabalho de parto e, em tese, minimizar os potenciais riscos a integridade física da paciente. Há de se falar que o parto “hospitalizado” corresponde a uma lógica industrial de reprodução, e por que desses termos? O parto, como já foi dito, já não acontece de uma maneira natural, e como agora são os médicos os “protagonistas”, os mesmos tem que cumprir prazos dentro de um período delimitado de tempo. Desta forma, se a mulher não conseguir concluir o trabalho de parto em tempo, elas são submetidas a intervenções desnecessárias, para que se conclua o mesmo “a tempo”. Diante disto, várias mulheres e seus filhos sofrem diariamente com maus tratos praticados por profissionais da saúde, independente da função que desempenham.

É claro que, isto não é uma crítica que generaliza todos os profissionais da área da saúde, nem que seja comum em todos os hospitais, mas a Violência obstétrica vem tomando proporções exacerbadas em todos os lugares do mundo, e o intuito deste artigo é que seja levado a conhecimento de todos como essa violência está enraizada e mostrar soluções para que possa ser combatida o mais rápido possível.

A realidade é que as mulheres, muitas vezes, se submetem a tais procedimentos invasivos e violentos, por acreditar que esta é a melhor escolha, e

acreditar que existe a real necessidade de intervir. A parturiente tem o direito de saber sobre seu estado de saúde e quais são os procedimentos que serão realizados, bem como o profissional da saúde tem o dever de explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, seus riscos e alternativas disponíveis e válidas

No entanto o que se percebe são procedimentos desnecessários e sem embasamento científico, o que acaba violando os Direitos da mulher, principalmente os sexuais e reprodutivos, o que pode expor a parturiente ao risco de morte.

No Brasil, os índices de morbidade materna e neonatal são bastante elevados, e suas causas mais frequentes são consideradas evitáveis em 92% dos casos (Brasil, Ministério da Saúde, 2007). Entende-se por morte materna: óbito da parturiente na gestação, ou dentro de um período de 42 dias após o parto, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, não devida a causas ocidentais ou incidentais (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

Uma pesquisa realizada no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, indica que, em 2016, 64.000 mulheres faleceram no Brasil, em decorrência em causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, esses dados foram colhidos no ano de 2016, são números totais, não especificando suas causas, diretas ou indiretas, em relação ao óbito materno.

Outro fator que contribuiu para este auto índice de mortalidade materna no país, é o aborto. Procedimento que muitas vezes é realizado em locais precários, levando em consideração a sua criminalização, já que coloca a vida da mulher em risco. A estimativa é de que a cada ano, são feitos 73,3 milhões de abortamentos (pesquisa feita entre 2015 e 2019). Aborto inseguro segue sendo uma das principais causas de morte materna, segundo Emanuelle Góes, pesquisadora Pós-doc. do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs) da Fiocruz Bahia.

Em um trecho do que dispõe o documento: Aborto Seguro, conclui-se que, grande parte destas mortes poderiam ser evitadas com orientação técnica e com políticas públicas voltadas as mulheres. Na pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC13, em 2010, obteve-se os seguintes números: 25% das mulheres entrevistadas tiveram gestação interrompida, 22% declaram terem sofrido aborto natural, e 4% admitiram interromper voluntariamente a gestação. 53% das mulheres

que declararam ter provocado aborto e procuraram assistência à saúde sofreram algum tipo de violência no atendimento, sendo estas: Serem tratadas como suspeitas, questionadas insistentemente se haviam tirado o bebê; não receberam informações sobre os procedimentos realizados, dentre outros.

Segundo normas técnicas de atenção humanizada ao abortamento do Ministério da Saúde, o profissional, no atendimento à mulher em abortamento, deve emanar alguns critérios: o médico (a) deve informar à paciente sobre suas condições e direitos, não se pode negar o pronto - atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando - se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres, diante de aborto espontâneo ou provocado, o (a) médico (a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, uma vez que, o sigilo profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético profissional contra quem manifestou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher, em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher e sua liberdade, dignidade e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento. (PARIRÁS COM DOR, 2012).

1.1. Tipos de Violência Obstétrica

Ao longo da história, as mulheres tem sofrido abusos das mais variadas formas de violência. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher criou a “Convenção De Belém Do Pará”, promulgada pelo Decreto nº 1.973/96, que define a violência contra a mulher como “ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na esfera privada”. Dentre de suas premissas, a Convenção determina, que 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 (BRASIL, 1996a; CIDH, 1994).

Para uma melhor análise e aprofundamento no tema, é necessário conceituar e especificar os diversos tipos em que a violência obstétrica pode ocorrer, sejam elas, física, psicológica e sexual.

1.1.1. Violência Obstétrica Física

Considera – se como violência física sobre o corpo da mulher, atos que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso). Como exemplos desse tipo de violência no âmbito gestacional estão a privação de alimentos; a episiotomia; a interdição da movimentação da mulher; a tricotomia (raspagem de pelos); a manobra de Kristeller; o uso rotineiro de ocitocina para acelerar o parto, o fórceps; a cesariana eletiva sem indicação clínica; a não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada e a cesárea sem indicação clínica ou contra a vontade da parturiente (ALMEIDA, 2018).

Segundo citado por FONSECA (et al 2021) a Organização Mundial da Saúde em 2002, definiu a violência obstétrica física da seguinte maneira:

A violência física são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo”, na Violência Obstétrica pode se manifestar de várias formas, como fórceps, laqueadura sem consentimento, episiotomia, esterilização compulsória, manobra de Kristeller, entre outras. (FONSECA, 2021)

Um dos procedimentos mais corriqueiros da violência obstétrica física e que não possui nenhum respaldo científico é a episiotomia, também conhecida como “pique”.

Ligado com o procedimento de episiotomia muitas das vezes é realizado “o ponto do marido”, utilizado para deixar o canal vaginal da mulher mais apertado para dar mais prazer aos seus parceiros sexuais, o que acaba ocasionado dores durante a relação sexual e até mesmo possíveis infecções.

1.1.1.1. Episiotomia

Inicialmente, trazendo o conceito de Epistomia, tem-se que, é uma prática que consiste em um corte no períneo, o que se refere ao conjunto de estruturas anatômicas que formam o solo pélvico feminino, e que estão envolvidas no processo de parto e que durante o mesmo, o períneo é esticado e distendido para permitir a passagem do feto pelo canal do parto. Alguns profissionais usam essa prática, e alegam a mesma é necessária por facilitar a saída do feto e também protege os órgãos genitais femininos.

No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada no corpo de uma mulher em estado saudável, sem ser necessário seu consentimento prévio, os profissionais da obstetrícia aprendem essa prática durante a formação e a reproduz em mais da metade das parturientes atendidas no País. Por outro lado, é necessário a compreensão de que em alguns casos a não realização de episiotomia pode gerar algum tipo de laceração durante o parto normal, sendo o mais comum na face lateral da vagina.

Normalmente as lacerações são classificadas como simples, mas existem outros graus/ tipos de lacerações como a Laceração de primeiro grau: quando afeta uma pequena zona do períneo, como os pequenos lábios, a pele superficial perineal ou a mucosa vaginal; a de segundo grau: quando afeta os músculos perineais e fáscia (tecido fibroso no qual se fixam alguns músculos); a laceração de terceiro grau: quando tanto os pequenos lábios, a pele perineal, a mucosa vaginal, os músculos e o esfíncter anal são rasgados, este tipo de laceração pode ainda ser subdividida em três subcategorias: Rasgamento parcial do esfíncter anal externo (afetando menos de 50%), Maior que 50% de rasgo do esfíncter anal externo, o esfíncter interno está rasgado e a laceração de quarto grau: tanto os pequenos lábios, como a pele perineal,

a mucosa vaginal, os músculos perineais, o esfíncter anal e a mucosa retal são rasgados.

Em pesquisas feitas com médicos obstetras, nota-se que as opiniões são divididas, uma pesquisa em específico, selecionou sete médicos para fazer a comparação, considerando questões diversas relativas às suas experiências profissionais e entendimentos pessoais em obstetrícia, atuações e formas de construção de conhecimento científico e prático a respeito do processo de parto e nascimento. Uma médica em questão, formada em uma das melhores faculdades de do Brasil, afirmou que “durante a graduação se ensinava que parto normal era realmente melhor que cesárea, mas muito perigoso e imprevisível, dependendo, portanto, de intervenções médicas o tempo todo”. Atualmente, essa médica é docente de obstetrícia em uma universidade federal. Ela conta que somente após começar a questionar o que havia aprendido durante sua formação e ter passado a reestudar obstetrícia é que ficou evidente, provocando uma reestruturação completa de suas práticas profissionais:

Resolvi estudar de novo assistência ao parto, ajudada por pessoas que já faziam parte do movimento da humanização, e descobri a medicina baseada em evidências depois de dez anos de formada. O aspecto fisiológico do parto ficou patente, e eu passei a ter medo das intervenções, e não da assistência. E comecei a ter objeção de consciência para realização de cesarianas eletivas, o que antes eu não achava tão grave assim. (Kämpf, 10 out. 2013)

Foi em 1999, que Marsden Wagner, da OMS se referiu a episiotomia como “mutilação genital feminina”.

Desde então, muitos profissionais adotaram condutas humanizadas em sua prática obstétrica. A episiotomia deve ser realizada apenas em casos de emergência obstétrica e o profissional de saúde deve estar apto a reconhecer esses momentos para evitar violações.

Lembrando que a gestante é assegurada por lei, a qual diz que a gestante, tanto na rede privada, como no Sistema único de Saúde (SUS) tem o direito de escolher que tipo de parto prefere fazer, garantindo a igualdade e a isonomia para todas as mulheres, sejam elas usuárias do SUS, dos planos de saúde ou do sistema particular. No seu Projeto de Lei, Mabel Canto ressalta:

Não cabe dizer qual é o melhor tipo de parto, nem enaltecer ou denegrir qualquer uma das vias de parto, mas sim garantir a igualdade e a isonomia para todas as mulheres, sejam elas usuárias do SUS, dos planos de saúde ou do sistema particular. A verdade é que a vontade da gestante já é atendida no particular ou nos planos de saúde, porque estas mães pagam. Acontece que direito não é só de quem paga, é universal, independente de questões econômicas e sociais. (Canto, 2019).

A escolha do tipo de parto é uma decisão compartilhada entre a mulher grávida e sua equipe de cuidados de saúde, que inclui obstetras, enfermeiras e parteiras. É importante que as mulheres recebam informações precisas e atualizadas sobre as diferentes opções de parto disponíveis, bem como os riscos e benefícios associados a cada uma delas, para que possam tomar decisões informadas sobre seu próprio cuidado e o cuidado de seus bebês. Informando sempre os procedimentos que serão realizados e cientificando dos eventuais riscos.

1.1.1.2. Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller acontece durante o trabalho de parto com a aplicação de pressão fundo do útero em direção à pelve, com a ideia de facilitar a saída do bebê, contudo, há vários estudos que demonstram as graves complicações da sua prática. Para realizar a manobra, o profissional efetua a força no ventre da gestante com o peso do corpo do braço, do antebraço ou até mesmo do joelho (CIELLO et al., 2012; COREN-SC, 2016).

Procedimentos como a manobra de Kristeller são realizadas com a finalidade de acelerar o parto, porém, não respeitam o tempo fisiológico do parto. Na maioria das vezes são resultados da impaciência dos profissionais (PEREIRA et al., 2016).

Tendo em vista as inúmeras desvantagens desta prática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) banuiu a manobra de *kristeller*, pois ela se enquadra como violência obstétrica por ser uma técnica agressiva que pode prejudicar a mãe e o bebê. Apesar disso, ainda não existe uma lei federal que ampare as mulheres. Mas, alguns estados brasileiros, como o Distrito Federal e o Goiás, por exemplo, dispõem de leis estaduais com medidas de proteção e apoio à mulher.

A Manobra de Kristeller, que já foi banida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma técnica agressiva, que consiste em pressionar a parte superior do útero para acelerar a saída do bebê, o que pode causar

lesões graves. A polêmica está na força aplicada contra a barriga da mãe: alguns médicos empurram com as mãos, outros com os braços e até com os cotovelos. No Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, publicado pelo Ministério Público, Ministério da Saúde e Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), é estabelecido que “não se deve jamais empurrar a barriga da mulher para forçar a saída do bebê (manobra de Kristeller) porque isso expõe a mulher e o bebê a riscos” (Revista Crescer, 2017).

Apesar de não haver muitos estudos específicos de suas reais consequências, a manobra está associada ao maior número de lacerações perineais e a indução da utilização da episiotomia, fraturas claviculares e danos cerebrais severos no RN. (LEAL et al., 2014)

Esse método gera diversos riscos para a gestante e também para o bebê, riscos como a hemorragia pós parto que é diagnosticada clinicamente como excessivo sangramento; a inversão uterina, além de dores e desconfortos relacionados diretamente a manobra.

Em uma matéria realizada pelo site Pense SUS em 2017, foi relatado algumas sequelas em vítimas da manobra de Kristeller, a paciente que com apenas 20 anos e prestes a ganhar o primeiro filho, a dona de casa Adrienne Gonçalves da Silva Braz nem sabia o que era manobra de Kristeller, nem episiotomia. Foi submetida aos dois sem ser consultada pela equipe médica e, hoje, dois anos e meio depois do nascimento de Théo, luta para tentar minimizar as sequelas neurológicas causadas ao bebê pela manobra.

O parto estava evoluindo superbem quando o anestesista, com uma cara de que queria ir embora logo, empurrou com tudo minha barriga para o bebê sair logo. A barriga ficou preta no dia seguinte, mas eu não imaginei que teria consequências tão graves”, conta Adrienne. Aos seis dias de vida, Théo começou a ter convulsões. Ele foi internado e os médicos descobriram que o então recém-nascido havia sofrido um Acidente Vascular Cerebral (AVC). “Ele ficou internado um mês e meio, boa parte na UTI. Sobreviveu, mas ficou com atraso na parte cognitiva e motora. Ele tem dois anos e meio e não fala nada, não anda e tem crises epiléticas”, diz a mãe. Adrienne e o marido procuraram diversos especialistas para descobrir a causa exata do AVC de Théo. “Hoje, depois de muita investigação, a neurologista dele acredita que tudo isso

ocorreu devido ao trauma que ele sofreu no momento da manobra de Kristeller”, afirma a mãe.

1.1.1.3. Intervenções realizadas para acelerar o processo de parto

Normalmente alguns procedimentos realizados influenciam na dinâmica natural do parto, como por exemplo a administração indiscriminada de ocitocina, rompimento artificial da bolsa, dilatação manual do colo, manobra de Kristeller e fórceps. Todos esses procedimentos realizados sem indicações e sem um acompanhamento adequado podem causar danos para a mulher e para a criança (PARTO DO PRNCÌPIO, 2012).

O uso de medicamentos durante a internação para o parto é comum e pode ter consequências na saúde do recém-nascido, apesar de ser clinicamente justificável. É importante avaliar a segurança do medicamento durante a gestação e monitorar possíveis efeitos indesejados, como a depressão respiratória. Diferenças nas condutas terapêuticas entre maternidades públicas e privadas podem ser evidenciadas pela análise do uso de medicamentos. A utilização inadequada de certos medicamentos, como a ocitocina, pode indicar práticas irracionais no emprego de medicamentos durante o parto.

Iniciar o processo de parto artificialmente é conhecido como indução. Comumente, a ocitocina é utilizada para a indução do trabalho de parto, que aumenta a frequência e intensidade das contrações uterinas. A ocitocina administrada é sintética, porém idêntica à produzida naturalmente pela hipófise, e é controlada através de uma bomba de infusão intravenosa.

Antes da indução das contrações, é necessário preparar o colo do útero para a dilatação do canal de parto. Existem diversas técnicas para ajudar no amolecimento e dilatação cervical.

Tendo em vista que a medicação errada afetará gravemente o organismo da mãe e o desenvolvimento fetal, torna-se a observação e esclarecimento de tais situações por toda classe médica e população, visando diminuir a ocorrência de tais incidentes. A automedicação é uma condição recorrente na gravidez, seja por falta de recursos ou por falta de informação sobre o assunto, com diversas consequências maternas e fetais. Portanto, como forma de buscar amenizar esse quadro, a ideia é

reunir informações precisas, específicas, atualizadas e compreensíveis em um único material para melhor divulgação do conhecimento, e dessa forma, o quadro atual se modifique positivamente.

1.1.1.4. Posições restritas e inadequadas para o parto

Historicamente, pode-se dizer que o parto é um evento essencialmente feminino, vivenciado na intimidade e privacidade e claro, com a assistência de parteiras e de outras mulheres. Foi no final do século 16 e início do século 17 que os homens entraram no campo da obstetrícia na forma de profissionais médicos. Suas ações se concentravam em intervenções em situações complexas no parto. O médico francês do século 17, Fraançois Mauricean, foi o maior influenciador da transição do nascimento na posição vertical para a semi-reclinada. A posição de litomia foi aceita e adotada, utilizada para facilitar a passagem do feto e também permite uma maior visualização para o médico.

Algumas as posições possíveis durante o trabalho de parto, e é importante tentar outras posições com a mulher, preferencialmente antes do trabalho de parto, para aumentar sua aceitação durante o trabalho de parto. Esse trabalho pode começar durante o pré-natal, durante as sessões educativas.

Os profissionais não devem interferir nas posições que a mulher adota voluntariamente durante o trabalho de parto, pois ela busca posições que ajudem a abrir os maiores diâmetros exigidos pela fase do trabalho de parto. É importante não denegrir sua fisiologia.

A posição de litotomia foi introduzida após o parto para entender a fisiologia da mulher e as intervenções subsequentes foram atribuídas à posição de litotomia. A grande jogada é voltar à fisiologia. Existem evidências suficientes, produzidas desde a década de 70, de que todas as posições são superiores à litotomia, as posições dorsais e sem dorsal (meio sentada).

Na caderneta da gestante contém dicas de posições de parto para melhorar a performance e deixar a parturiente mais à vontade e facilitando o processo, alguns exemplos são: a posição de cócoras, sentada ou de joelhos. Estas favorecem a saída do bebê porque o canal de parto fica curto e a abertura da vagina fica maior.

1.1.2. Violência Obstétrica Psicológica

A violência psicológica é caracterizada por comportamentos que causam danos ao emocional da mulher e que pode chegar a afetar até mesmo a sua autoestima. Se dá através de atos de humilhação, desvalorização moral, deboche público sobre a situação da vítima, entre diversas outras formas.

A violência psicológica é apresentada da seguinte maneira: “O comportamento típico se dá quando o agente ameaça, rejeita, humilha ou discrimina a vítima, demonstrando prazer quando vê o outro se sentir amedrontado, inferiorizado e diminuído, configurando a vis compulsiva” (CUNHA; PINTO, 2018, p. 82, grifo do autor).

De acordo com a Fundação Perseu Abramo, pelo menos, 23% das mulheres passou por alguma situação de constrangimento durante o parto. Os dados se referem a hospitais públicos e privados, sendo colhidos de 25 unidades em 176 municípios espalhados pelo Brasil. Ao menos 23% das entrevistadas há ouviram frases humilhantes, como “Não chora não que ano que vem você está aqui de novo” (15%) ou, “Na hora de fazer não chorou. Não chamou a mamãe, por que está chorando agora?” (14%), ou ainda “Se ficar gritando, vai fazer mal para o seu neném. Seu neném vai nascer surdo” (VENTURI, 2010).

Manifestam-se, ainda, através de comentários ofensivos, discriminatórios, degradantes ou vexatórios por alguma característica ou ato físico, como por exemplo a altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, estrias; criticam comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções quando, repreendem o choro, proíbem os gritos e a expressão da religiosidade da mãe; expõem a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança, ao restringirem na escolha do acompanhante, bem como o seu impedimento de entrada ou permanência; na procrastinação do contato entre a mãe e o neonato.

Tagma Doneli e Rita Lopes (2013), falam do trabalho que atrela o psicólogo ao atendimento hospitalar, em especial nas maternidades, tendo em vista que o psicólogo entraria neste ambiente como um intermediador e facilitador, e esse profissional também atuaria como um amparo a mulher neste momento tão sensível, pois a mulher pode ter medo, se sentir insegura, desamparada e com ideia de morte,

a presença do psicólogo interfere de uma maneira positiva a relação da parturiente e a equipe. Segue as palavras da psicóloga Karla Rapport (2012): A violência sofrida pode contribuir para que ela se sinta angustiada e triste.

Além disso, pode surgir aversão a médicos, hospitais ou mesmo ao ato sexual, já que partes íntimas da mulher são manipuladas durante o parto com relativa frequência.

1.1.2.1. Coação ao Parto Cesária

A cesariana é um procedimento cirúrgico para a extração do feto por via abdominal através de realização de um pequeno corte realizado acima do púbis da mãe.

A coação ao parto cesárea ocorre quando uma mulher é pressionada a ter uma cesariana sem que haja uma indicação médica clara para isso. Isso pode acontecer por vários motivos, como a falta de recursos ou de pessoal capacitado para fazer partos normais, a conveniência do médico ou da instituição em realizar uma cesárea, entre outros. Ressalta-se que a cesariana é um procedimento cirúrgico que, embora seja relativamente seguro, apresenta riscos como qualquer intervenção cirúrgica. Além disso, a recuperação pós-operatória é mais lenta e pode ser mais dolorosa do que após um parto vaginal.

É fundamental que as mulheres tenham o direito de escolher o tipo de parto que desejam, desde que não haja contra-indicações médicas. O parto vaginal é, em geral, a forma mais segura e saudável de ter um bebê, e a cesariana deve ser indicada apenas quando há riscos para a mãe ou para o bebê. Caso uma mulher sinta que está sendo coagida a ter uma cesariana sem que haja uma indicação médica, a gestante poderá e deverá procurar uma outra opinião, e também denunciando, se necessário a situação aos órgãos competentes.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), relatam que o Brasil tem a segunda maior taxa de cesáreas no mundo, com aproximadamente 55% dos partos, ficando atrás apenas da República Dominicana. Isso contraria as indicações da OMS que aconselha que a taxa ideal de cesarianas deve estar entre 10% a 15% dos partos.

Em contrapartida não se pode negar que a cesariana salva vidas, e deve ser utilizada em quadros críticos, como por exemplo em quadro onde o cordão

umbilical sai antes do bebê durante o parto, conhecido como prolapso, a situação deve ser resolvida imediatamente. Assim sendo, o médico atualiza a parturiente do estado que se encontra o parto e explica como será feito o procedimento, o qual pode ser feito de forma humanizada e tranquila.

1.1.3. Violência Obstétrica Sexual

A violência obstétrica sexual é constituída por toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva e podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Alguns exemplos desse tipo de violação têm – se o assédio, os exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, a ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, a imposição da posição supina para dar à luz (posição litotômica), e os exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (CIELLO et al., 2012).

1.1.4. Violência por Negligencia

A violência por negligência, é a omissão de condutas que deveriam ser realizadas como dever do agente. Essa forma de violência é caracterizada nas situações como, falta de esclarecimentos e informações durante o pré-natal, falta de resposta aos questionamentos realizados pela paciente, não ouvir questionamentos, dúvidas ou reclamações de sintomas e sentimentos da gestante, a negativa ou a demora no atendimento, dificultar o cumprimento de direito que a paciente possui sob qualquer que seja a alegação

De acordo com a OMS em uma de suas declarações sobre a violência obstétrica:

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. (2014, p. 1-2).

Dessa forma, independente do estágio em que a paciente se encontre em sua gravidez, se a mulher sofreu um aborto espontâneo ou provocado, essa deverá receber da equipe hospitalar todos os cuidados médicos necessários para um atendimento humanizado.

2. O QUE DISPÕE A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

A violência obstétrica desrespeita não só não só os Direitos Humanos das mulheres e de seus filhos, o que é estabelecido como direitos inerentes a pessoa humana, bem como seu direito de paciente, tratando de sua necessidade.

Os direitos humanos do paciente são um ramo do direito internacional dos Direitos Humanos (ALBUQUERQUE, 2016, p.60) na medida em que estão previstos documentos e dados internacionais e adotados no âmbito do organismo também internacional, que tem como matriz o princípio da dignidade da pessoa humana.

O termo “violência obstétrica” representa violências como abusos e desrespeitos que são tolerados pelas gestantes durante o trabalho de parto por profissionais de saúde, e é utilizada há pelo menos duas décadas pela comunidade científica. A expressão é reconhecida por entidades de saúde em todo o mundo, e empregado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) bem como, pelo governo de diversos países.

Conforme a OMS, esse termo se refere à apropriação do corpo de uma mulher e de seus processos reprodutivos por profissionais de saúde, na configuração de um tratamento desumano, assim como a medicação abusiva ou a patologização de processos naturais, restringindo assim a autonomia da paciente e sua capacidade de tomar as próprias decisões sobre seu corpo e sua sexualidade, o que gera consequências negativas em sua qualidade de vida.

Existe uma recomendação, aprovada por conselheiros, destacando que o alto índice de cesarianas advém fora de contexto e configura violência obstétrica, além disso as cesarianas desnecessárias expõem a mulher a três vezes mais o risco de morte por parto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a violência obstétrica desde abusos verbais, restringir a presença de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física, entre outros. A declaração diz ainda que mulheres solteiras, adolescentes, de baixo poder aquisitivo, migrantes e de minorias étnicas são

as mais propensas a sofrerem abusos, desrespeito e maus-tratos. A OMS revela ainda que a violência obstétrica é uma “violação dos direitos humanos fundamentais”.

Segundo a OMS, várias pesquisas mostram sobre as experiências de mulheres durante a gravidez e, especialmente no parto, o que demonstra um cenário perturbador.

Em várias partes do mundo, várias mulheres já tiveram alguma experiência relacionada a abusos, desrespeito e negligência durante a assistência ao parto em estabelecimentos de saúde. Isso simula uma violação da confiança entre as pacientes e equipes de saúde o que pode se tornar um grande desestímulo para as mulheres procurarem e utilizarem os serviços de assistência obstétrica.

Conforme artigo publicado pela Câmara dos Deputados, é exposto uma declaração feita pela Organização Internacional de Saúde, é relatado que para melhorar a assistência as mulheres, é necessário que os sistemas de saúde se organizem e sejam administrados para garantir respeito à saúde sexual e reprodutiva das pacientes. A OMS faz ainda cinco recomendações de medidas para serem adotadas. São elas:

- 1) Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;
- 2) Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhoras a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência;
- 3) Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante a gravidez e o parto;
- 4) Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais;
- 5) Envolver todos os interessados, inclusive as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

3. RECONHECIMENTO E A “JUDICIALIZAÇÃO” DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Sobre a violência obstétrica, no Brasil, não há muito o que se falar, até o presente ano, tudo o que se tem preconizado, são alguns Projetos de lei, como por exemplo o PL 7633/2014, que está apensado ao PL 6567/2013. "Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. A ementa do PL 6567/2013 diz: “Altera o art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).”

O Projeto de Lei nº 8219/2017 “Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”. O objetivo desse Projeto de Lei é impedir que a mulher em trabalho de parto ou logo em seguida sofra qualquer tipo de constrangimento ou tratamento vexatório por parte dos médicos e outros profissionais da saúde. Mais alguns Projetos serão tratados ao logo deste artigo.

No Estado de Goiás tem – se em rigor a Lei Estadual de nº 19.790 de 24 de Julho de 2017, lei esta que institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás.

No tocante ao termo “violência obstétrica”, surgiu na América Latina, nos anos 2000, derivando-se de movimentos sociais em defesa do nascimento humanizado. Este termo, generalizado, por muitos, existe para descrever a assistência ao parto excessivamente medicalizado, até a violência física contra a parturiente (PICKLES, 2015).

Portanto, conclui-se que a violência obstétrica está ligada a apropriação do corpo e de seus processos reprodutivos, que são feitos por profissionais da saúde, e se caracteriza por meio de tratamentos violentos, abuso de medicações, renegação os processos, que aconteceriam de forma natural, o que acarreta na perda de autonomia da mulher, bem como a capacidade de decidir o que aconteceria com seu

próprio corpo. Assim, a violência obstétrica submete a mulher a procedimentos desnecessários, não recomendados e excessivos, em alguns casos a humilhação que vem a prejudicá-la no que diz respeito a sua vontade, afetando de uma maneira extremamente negativa.

No ano de 2012, foi elaborado um dossiê, cujo nome é “Parirás com Dor”, que reuniu informações sobre a violência institucional na assistência à gestação, ao parto e ao nascimento. O mesmo elenca uma classificação das modalidades de violência obstétrica no Brasil. Desta forma, constata-se que a violência poderá possuir caráter físico, psicológico, sexual, institucional e material, esta última no sentido de obter recursos financeiros em desfavor do processo reprodutivo feminino, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física.

Outra prática diz respeito à sujeição da parturiente a procedimentos desnecessários, dolorosos, e que estabeleçam maiores riscos e complicações, com o embasamento de fornecer aprendizado aos estudantes na área da saúde como o uso do toque vaginal, que desrespeita a integridade física das pacientes, bem como seu direito à privacidade. Tal prática é considerada, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012).

Caracteriza também como violência obstétrica o impedimento de acompanhante. De acordo com a Lei n. 11.108/2005, Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 36/2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Resoluções Normativas 211 e 262, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a parturiente faz jus, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a um acompanhante, segundo sua própria escolha. A legislação é aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Saúde Suplementar. A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tem sido recomendada pela OMS, desde 1985, de acordo com a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto (BRÜGGEMANN, 2015).]

A violência obstétrica fere diretamente os Direitos Humanos, contrariando o Art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil:

Artigo 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:

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

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.

Observando também o que dispõe a Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 5º: Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; Dos Direitos Sociais, 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.

4. POSSÍVEIS MEDIDAS PARA PREVENIR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para ocorrer um parto tranquilo, humanizado, informação e uma boa comunicação são a chave para prevenir a violência que assombra toda gestante, além de ser muito importante ler, estudar sobre o assunto, uma boa opção é planejar de parto com seu obstetra, mas considerando que o plano pode não ser seguido à risca, pois mudanças podem acontecer sem previsão.

O foco na violência obstétrica é fruto de uma luta histórica pela igualdade de gênero e melhoria da saúde da mulher. A qualidade da assistência médica durante a gravidez e o parto afeta diretamente a experiência do parto da mulher, a experiência do parto da criança e a cultura social do parto.

Portanto, dada a evolução do sistema de assistência ao parto, este é um tema relevante na formação de políticas públicas de saúde da mulher e da criança brasileiras, profissionais de saúde e gestores.

Os médicos têm uma responsabilidade especial na prevenção da violência obstétrica, já que são os profissionais de saúde com a responsabilidade de cuidar das mulheres durante o parto e pós-parto. Se os médicos praticam violência obstétrica, eles estão violando a ética médica e cometendo um crime. Pode-se dizer que em resumo, a criação de punições para médicos que praticam violência obstétrica é uma medida importante para proteger os direitos das mulheres e garantir que os médicos cumpram suas obrigações éticas e legais de fornecer atendimento de qualidade e respeitoso durante o parto e pós-parto.

Outrossim, para enfrentá-la e buscar erradicá-la — lá, ao mesmo passo da busca pela judicialização, deve haver a divulgação de informação, tanto a sociedade em geral como nas áreas intrinsecamente ligadas ao fenômeno. É necessário, ainda, enfrentar como questão de saúde pública e, dessa forma, promover debates e discussões, bem como adotar políticas públicas.

A falta de informação da sociedade acerca da existência da violência obstétrica parte muitas vezes das próprias pacientes, que consideram os atos de violência praticados durante o atendimento ao parto como “normais” ou “corriqueiros”, estigma apresentado desde sempre, pois a mulher não tem lugar de fala, e com isso vão reprimindo seus sentimentos, sem saber que tais atos são ilegais, eles não podem de jeito nenhum acontecer. Quando a mulher começar a ser protagonista da sua vida

e principalmente do seu parto, será uma grande revolução, aí, sim, será um grande passo para o enfrentamento da violência obstétrica.

O Ministério da Saúde (2002) instituiu um programa de humanização no pré-natal e nascimento, através da Portaria/GM n.569, de 1/6/2000, com subsídio nas análises das necessidades das gestantes, ao recém-nascido, a mãe no puerpério, com as seguintes prioridades:

- Os esforços mais concentrados no sentido de que seja reduzido os altos índices de morbimortalidades, no pré-natal, neonatal e materna;
- Medidas adotadas para que sejam asseguradas a melhoria no acesso, acompanhamento com qualidade no processo do pré-natal, parto, puerpério;
- Ações devem ser adotadas para capacitar os profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Com o presente artigo científico pode - se observar que a violência obstétrica dispõe de vários conceitos e modalidades, podendo ser sofrida de diversas formas, sendo elas: física, psicológica, sexual e por negligência por parte da equipe hospitalar e que inúmeras mulheres ainda desconhecem tais práticas como uma forma de violência.

Antes de analisar a problemática do tema em questão, é necessário salientar o princípio da dignidade humana, elencado na Constituição Federal, haja vista que é um dos princípios mais importantes do ordenamento jurídico, por fazer com que o ser humano seja merecedor de respeito e consideração por parte não só do Estado como também da sociedade em que vive. É de suma importância ressaltar que há um conjunto de direitos e deveres que garantem que nenhuma pessoa sofrerá com atos de cunho degradante e desumano.

Relacionado à violência obstétrica, constatou - se que no Brasil não tem uma lei específica que regulamente, tendo em vista que a Lei Maria da Penha, principal lei vigente no nosso ordenamento que tem como objetivo a proteção às mulheres, mas que não trata dessa forma de violação.

Contudo, a partir da execução de pesquisa, é possível observar a existência de alguns Projetos de Leis e Leis Estaduais em vigência, nas quais abrangem a violência obstétrica como uma forma de violência contra a mulher e violência de gênero, é plausível a verificação também de que o Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE-PR) lançou plataforma online localizada dentro do site da instituição para receber denúncias de violência obstétrica (VO) cometidas na rede pública e privada de saúde do estado.

O PHPN (Programa de Humanização do Pré natal e Nascimento) foi instituído devido à necessidade de ampliação de mecanismos de acesso à Justiça para mulheres que sofreram esse tipo de violência. Além disso, a criação do formulário cumpre determinação constante do Decreto nº 11.570/2022, que regulamenta a Lei Estadual n.º 19.701/2018, que dispõe sobre a violência obstétrica e sobre direitos da gestante e da parturiente. O artigo 13 do Decreto cita o NUDEM como uma das portas de entrada para denúncias de casos em que a lei for descumprida, ao lado do Disque

180, Ministério Público, Ouvidoria Geral da Secretaria de Estado da Saúde e ouvidorias das Regionais de Saúde e Conselho Estadual dos Direitos da Mulher.

Por fim, é de suma importância mencionar que o período gestacional e de pós-parto é um momento de extrema vulnerabilidade em que a mulher se encontra, além de muito especial, haja vista ser o momento de gerar uma vida. Assim, o tratamento desumano pode deixar inúmeras marcas profundas e irreversíveis do que traumas físicos capazes de ocasionar um traumático episódio de intenso potencial devastador, causando consequências na memória quando caracterizada a violação e fazendo com que a verdadeira dor do parto seja a da violência.

Dessa forma, para que haja uma mudança significativa neste cenário é necessário proporcionar o empoderamento feminino, difundir informações acerca da violência obstétrica para que as gestantes consigam identificar a sua ocorrência, efetuar mudanças na formação acadêmica dos profissionais e criar políticas públicas que garantam a tutela dos direitos da mulher e, com isso, preservem a sua dignidade e a sua autonomia, a fim de que ela possa experimentar a maternidade com segurança e bem-estar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcélia Ferreira De. A Violência Obstétrica como afronta aos Princípios da Dignidade da Pessoa Humana e da Autonomia. 2018. 84 f. Universidade Federal do Ceará, 2018.

AGUIAR, Janaína. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. 1–215 f. Universidade de São Paulo, 2010.

AMARAL, Luís H.; GALVÃO, E. Marcha contra o trabalho infantil parte de São Paulo. Folha de São Paulo, São Paulo, 25 fev. 2010, p. 1-6.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. Deferimento de pedido de extradição. Extradição n. 410. Relator: Ministro Rafael Mayer. 21. mar. 2008. Revista Trimestral de Jurisprudência, Brasília, DF, v. 109, p. 870-879, set. 2008.

BRASIL. Código de Processo Penal Anotado. Organização dos textos por Damasio E. de Jesus. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: senado, 1988.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Projeto de lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, 27 de maio de 2014.

BRASIL. Leis ordinárias de 2002. Brasília, DF: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 30 abr. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

CAMARANO, Ana Amélia. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0830.pdf > Acesso em: 6 abr.2023

CAMARA DOS DEPUTADOS, Violencia Obstétrica é violação dos direitos humanos. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms#:~:text=A%20OMS%20revela%20ainda%20que,mostra%20um%20%E2%80%9Cquadro%20perturbador%E2%80%9D.>> Acesso em: 06 de abril de 2023.

CASTRO, Cláudio de Moura. A prática da pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977

CIELLO, Cariny et al. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Rede Parto do Princípio, p. 1–188, 2012.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar, 1985

COMITÊ INTERNACIONAL DE EDITORES DE REVISTAS MÉDICAS. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas médicas. Disponível em: www.wame.org. Acesso em: 05 abr.2023.

CUNHA, R. S.; PINTO, R. B. Violência doméstica. 7. ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm, 2018.

DE AGUIAR, Janaina Marques; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cadernos de Saude Publica, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, 2013.

DEMO, Pedro. Pesquisa: princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez, 2010.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública. 2006. 1–283 f. Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005.

Estatuto da Criança e do Adolescente; Constituição da República Federativa do Brasil.

FERREIRA, A. B. de H. Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Coordenação e edição Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

FONSECA, Amine Pereira; SILVA, Lucas Campos de Andrade; ANDRADE, Nil Alisson Amorim de. A necessidade de regulamentação e punição da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro. Jus.com.br. Publicado em: 05/11/2021. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/94613/a-necessidade-de-regulamentacao-e-punicao-da-violencia-obstetrica-no-ordenamento-juridico-brasileiro>.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. O nascimento do hospital. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982

FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M. Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOVERNO DE GOIÁS. LEI Nº 19.790, DE 24 DE JULHO DE 2017.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Ampliando o debate.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n.1. Acesso em: 16 de Abril de 2023.

LÔBO, SARA FLEURY. O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais. 2010. 1–88 f. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010.

MEDEIROS *et al.*; **Violência Obstétrica: percepções acerca do parto normal.** V.16, n.3, João Pessoa. 2016.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001. p. 32-7.

OS ANOS 70. Disponível em: < <http://www.bio2000.hpg.ig.com.br/historia.htm> >
Acesso em: 10 de Abril de 2023.

PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa (Prod.). Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor”. Disponível em: < <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> >

Revista Crescer. O globo. Manobra de Kristeller: entenda por que o método é considerado uma forma de violência obstétrica; 2017. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2017/01/manobra-de-kristeller-entenda-por-que-o-metodo-e-considerado-uma-forma-de-violencia-obstetrica.html>>

Revista Mãe me quer. Laceração perineal: o que é, quais as causas e complicações. Disponível em: <<https://maemequer.sapo.pt/estou-gravida/parto/laceracao-perineal/>>
Acesso em: 10 de Abril de 2023.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do Trabalho Científico. 23. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.

TAVIRA, Larissa V. O nascimento da clínica em Foucault - um poder-saber sobre a vida. (Em)Cena – Saúde Mental em Movimento. Palmas: Ceulp/Ulbra, 2014