

# VIOÊNCIA OBSTÉTRICA EM PARTURIENTES: REVISÃO DA LITERATURA

Lívia Caroline Silva dos Reis<sup>1</sup>  
Profa. Orientadora Msc. Teresa Cristina Oliveira:<sup>2</sup>

**RESUMO:** A violência obstétrica é caracterizada por condutas e omissões que causam sofrimento e danos desnecessários às mulheres por parte em todas as fases da gravidez parto puerpério e aborto, por profissionais da saúde. O objetivo consiste em analisar como ocorre a aplicabilidade da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica em parturientes. Verifica-se que a relação médico-paciente ou paciente-hospital considera-se de consumo, regulamentada pelo Código de Defesa do Consumidor. Os direitos assegurados nos hospitais é considerada objetiva, respondendo ele pela estadia, instalações, equipamentos e serviços auxiliares, independente da apuração de culpa. Os estabelecimentos cometem violência obstétrica quando dificultam, retardam ou impedem o acesso da mulher aos seus direitos constituídos.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica. Danos. Humanização

**ABSTRACT:** Obstetric violence is characterized by conduct and omissions that cause unnecessary suffering and harm to women at all stages of pregnancy, birth, postpartum and abortion, by health professionals. The objective is to analyze how the applicability of civil liability occurs in cases of obstetric violence in parturient women. It appears that the doctor-patient or patient-hospital relationship is considered consumer, regulated by the Consumer Protection Code. The civil liability of hospitals is considered objective, with the hospital being responsible for the stay, facilities, equipment and auxiliary services, regardless of the finding of fault. Establishments commit obstetric violence when they hinder, delay or prevent women from accessing their rights.

**Keywords:** Obstetric Violence. Humanization. Damage.

**SUMÁRIO:** 1. INTRODUÇÃO; 2 HISTÓRIA DA ORIGEM DO PARTO; 3 CONCEITO DE VIOÊNCIA OBSTÉTRICA; 4 TIPOS DE VIOÊNCIA OBSTÉTRICA; 5 DADOS DE VIOÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL; 6 PROTEÇÃO E RESPEITO A VIDA DENTRO DAS MATERNIDADES; 7 COMO DENUNCIAR CASOS DE VIOÊNCIA OBSTÉTRICA; CONSIDERAÇÕES FINAIS; REFERÊNCIAS

---

<sup>1</sup> Bacharela em direito pela Universidade Católica do Salvador – UCSAL, 2023

<sup>2</sup> Advogada/OAB-BA, Professora do curso de Direito do Centro Universitário Ruy Barbosa/Wyden, especialista em Direito Civil (UFBA) e especialista em Família: Relações Familiares e Contextos Sociais (UCSal). Mestra em Família na Sociedade Contemporânea (UCSAL) Doutora em família. Orientadora do PICT; Membro dos grupos de pesquisa Família e Desenvolvimento Humano..

## 1 INTRODUÇÃO

Os direitos humanos no parto são um campo emergente dentro dos direitos à saúde *reprodutiva*. Os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas* (ONU) chegaram ao fim e até agora tem havido um foco na melhoria da saúde materna no contexto da melhoria do acesso aos cuidados de saúde baseado conforme o princípio constitucional elencado no inciso III do artigo 1º da Constituição Federal, que tem como desígnio garantir à qualquer pessoa o mínimo de direitos que precisam ser devidamente respeitados por toda a sociedade e também pelo Estado, conservando, assim, a personalidade e a liberdade individual.

Embora o foco anterior tenha sido o acesso igual e justo aos cuidados de saúde, existe agora um maior reconhecimento da importância da dignidade, do respeito e da autonomia para as mulheres que utilizam os serviços de saúde para a realização do parto, porquanto, a parturição já ser considerado um momento desconfortável e angustiante para as mulheres desde o momento que precisa se direcionar a maternidade ou unidades de saúde e daí tudo passa a não mais ser administrado pela mesma, causando desconforto sem o anseio familiar, causando desespero, ânsia e aflição.

No que concerne à violência obstétrica em parturientes comporta-se com um olhar mais sensível no que se refere à vítima, sendo ela o centro, já que o sofrimento da mesma é exposto diante de determinadas atitudes causadas por profissionais de saúde, causando desrespeito, abuso, e diversos maus-tratos em um momento que deve ser para tanto de amor, cuidados, proteção sem dores provocadas. Vale ressaltar que o direito de escolha da parturiente não visa o consenso entre as partes porque não seria essa circunstância, mas visa o consenso entre as partes possibilitando ao agressor a oportunidade ao pedido de desculpa e da compreensão do ilícito.

Assim, é de se reconhecer que, no Direito atual, é em torno da aplicabilidade da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica em parturientes que se movem os mais calorosos debates a respeito de uma nova forma de resposta ao ato ilícito. O tema, ainda que seja capaz de causar estranheza a alguns acadêmicos do Direito, vem sendo, fortemente, debatido no âmbito doutrinário, bem como tem sido objeto de alguns projetos e experiências-piloto que vêm ganhando, cada vez mais, espaço no Brasil.

Busca-se, com o estudo aqui realizado, compatibilizar o modelo preconizado com o senso de justiça e a cultura diversificada do povo brasileiro e, sobretudo, com a Constituição Federal, a legislação e as práticas judiciais pátrias. Enfim, pretende-se, pois, em suma síntese, estabelecer limites e construir balizas para possibilitar uma aplicação segura e previsível, adequando-a ao ordenamento jurídico pátrio e seus institutos penais e processuais penais, com o fito de proporcionar um caminho lógico para sua efetiva implementação.

Com o objetivo de atrair atenção para o tema, o trabalho tem como objetivo geral analisar como ocorre a aplicabilidade da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica em parturientes. Deste modo, qual o processo para viabilizar meio de comunicação entre as partes e a compreensão dos danos ocasionados pela violência obstétrica em parturiente? A dúvida da possibilidade da aplicabilidade da responsabilidade civil se faz pensar na falta de uma regulamentação jurídica perante o processo que é um sistema que se constitui oposição, tendo como condutores profissionais o ofensor e o Estado, como árbitro o juiz. O resultado é imposto por uma pessoa ou pessoas que alheia (m) o conflito.

A importância de produzir o tema violência obstétrica ao conhecimento do maior número de pessoas, principalmente se esse número for mulheres é a maior motivação para desenvolver as linhas do saber. Pois, esse tipo de conduta praticada por profissionais de saúde, tem por consequências lesões não só no momento do parto, mas para um bom período da vida de muitas mulheres, se não para vida toda, levando-se em conta o abalo psicológico e emocional, a ameaça o direito à vida, integridade física, desrespeito, maus tratos e abuso decorrente muitas vezes de não saberem dos seus direitos e se submeterem a determinadas situações humilhantes além das agressões, causando conseqüentemente sentimentos de inferioridade, abandono, vulnerabilidade, perda de dignidade e muitas outras conseqüências.

A presente pesquisa teve caráter descritivo cujo método aplicado foi de revisão bibliográfica a partir da literatura existente em: livros, monografias, artigos e dados estatísticos. A metodologia utilizada consistiu no método de revisão com abordagem indutiva, pois se partirá de princípios particulares para chegar-se à generalização do assunto, o qual ocorrerá através de análise, interpretação dos materiais selecionados em livros, artigos e documentos legais.

## 2 HISTÓRIA DA ORIGEM DO PARTO

O parto é uma experiência excepcionalmente dolorosa e difícil para os seres humanos. As peculiaridades da nossa evolução e desenvolvimento tornam o parto mais perigoso para nós do que para qualquer outro mamífero, incluindo os nossos primos macacos (Bezerra; Cardoso, 2016).

Os humanos descendem de criaturas semelhantes a macacos que andavam sobre quatro patas. Quando os primeiros humanos evoluíram para andar eretos sobre duas pernas, nossa pélvis ficou menor. Mais tarde, mudamos novamente – nossos cérebros ficaram cada vez maiores. É esta relação entre o tamanho da cabeça e da pélvis que torna os nossos nascimentos tão difíceis e diferentes dos nascimentos de outros animais (Bezerra; Cardoso, 2016).

Outra hipótese é que o parto se tornou mais difícil depois que os humanos começaram a cultivar. Os arqueólogos suspeitaram pela primeira vez quando encontraram poucos esqueletos infantis em sepulturas de caçadores-coletores, mas encontraram muitos deles em comunidades agrícolas. Uma dieta rica em carboidratos tornava os agricultores mais baixos e mais gordos do que os caçadores-coletores, cujas dietas eram mais nutritivas. Isto significava que as mulheres tinham pélvis ainda mais pequenas e que os bebês engordavam no útero, tornando o parto mais difícil e provocando mais mortes para mães e bebês (Donelli, 2013).

Representações escultóricas de mulheres grávidas são encontradas em muitas culturas pré-históricas. O significado dessas esculturas e seu uso são desconhecidos. No entanto, o exagero da anatomia feminina em estatuetas como a “Vênus de Willendorf” (~26.000 aC, Áustria) sugere que elas estão relacionadas à procriação e à fertilidade feminina (Bezerra; Cardoso, 2016).

Talvez se pensasse que essas estatuetas continham um espírito que, além de auxiliar na fertilidade, presidia outras facetas importantes da vida, como os animais, a terra, o lar ou a caça. Alguns estudiosos especulam, alternativamente, que eram usados pelas mulheres como amuletos ou talismãs para protegê-las durante a gravidez e o parto (Donelli, 2013).

Durante grande parte da história, embora os filósofos e médicos do sexo masculino pontificassem frequentemente sobre a gravidez e o parto, os homens não

estiveram em grande parte envolvidos no nascimento em si. Em algumas culturas, os homens eram proibidos de participar ou mesmo de assistir ao parto. Em vez de médicos e enfermeiras, as mulheres eram atendidas por familiares e parteiras que as apoiavam durante o parto e ofereciam todos os remédios e estratégias que podiam (Donelli, 2013).

O conhecimento da obstetrícia foi transmitido de geração em geração pelos membros de uma comunidade. Eventualmente, livros foram publicados sobre o assunto. Em algumas sociedades, as aspirantes a parteiras iniciaram estágios de aprendizagem. Algumas parteiras trabalhavam de vez em quando necessário na comunidade, enquanto outras viajavam longas distâncias de casa em casa e eram empregadas regularmente. Se surgissem complicações, eles chamavam um médico local que ajudava com seus instrumentos médicos. As parteiras às vezes eram responsáveis por levar a criança ao batismo enquanto a mãe descansava. Eles também desempenharam um papel legal na documentação de quando os bebês nasceram e quem eram os pais (Hotimsky; Alvarenga, 2012).

As parteiras conheciam remédios fitoterápicos que poderiam ajudar mulheres grávidas com uma série de problemas. Eles sabiam como preparar uma sala e posicionar uma mulher para o nascimento. Se o bebê estivesse na posição errada, as parteiras sabiam como virá-lo. Eles verificariam a posição do bebê apalpando a barriga da mulher e verificando até que ponto a mulher estava dilatada. Usando as mãos untadas com óleo, eles ajudariam a esticar os tecidos da mulher antes do parto. Depois que uma criança nascia, eles ficavam por cerca de um mês para ajudar a mãe em habilidades como amamentar (Hotimsky.; Alvarenga, 2012).

Além dos conselhos de mulheres experientes, o parto e a medicina em geral foram por muito tempo uma espécie de oeste selvagem. As mulheres foram instruídas, por exemplo, a não ter pensamentos estranhos. Se você pensasse em macacos, digamos, seus filhos nasceriam peludos (Hotimsky; Alvarenga, 2012).

As parteiras também eram às vezes acusadas de bruxaria se algo desse errado com a gravidez. Ao longo da história, as parteiras têm sido membros de todas as divisões sociais, desde a camada superior da sociedade até à classe trabalhadora mais baixa.

O treinamento formal e as aulas acabaram ficando disponíveis para as parteiras. Apesar dos esforços das parteiras, o parto era arriscado tanto para a mãe como para o bebê. Na época medieval, uma em cada três mulheres morria durante a

idade fértil. Era tão perigoso que as jovens escrevessem o seu testamento quando descobrissem que estavam grávidas. Infecção, hemorragia pós-parto, parteiras/médicos inexperientes e trabalho de parto obstruído foram causas comuns de morte (Donelli, 2013).

Histórias de gravidez e parto às vezes aparecem no folclore e na religião. Talvez a história de parto mais famosa seja a da Natividade cristã, na qual a Virgem Maria dá à luz Jesus numa manjedoura. No mito da criação iroquesa, uma mulher dá à luz dois filhos, um que cria todo o bem do mundo e outro que cria todo o mal do mundo. Diz-se que a deusa grega Atena emergiu de uma fenda no crânio de seu pai, Zeus. E, no conto de fadas japonês, O Conto do Cortador de Bambu, um homem encontra uma menina dentro de um talo de bambu partido (Hotimsky; Alvarenga, 2012).

Os registos de como era dar à luz em diferentes culturas em todo o mundo são escassos devido ao domínio dos homens como condutores da cultura e ao facto de as mulheres muitas vezes darem à luz a portas fechadas. É especialmente difícil encontrar descrições de partos nas classes média e baixa (Hotimsky; Alvarenga, 2012).

### **3 CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A violência contra as mulheres durante o parto, conhecida como violência obstétrica, é uma violação multifacetada e complexa dos direitos humanos e um problema de saúde pública com consequências adversas para a saúde. Alguns estudos descreveram a violência obstétrica como desrespeito e abuso, comportamento desumanizante e maus-tratos (Lansky *et al.*, 2014).

A noção de violência obstétrica originou-se pela primeira vez na América Latina e na Espanha devido a movimentos ativistas que visavam humanizar o parto. No início da década de 1980, a medicalização excessiva dos cuidados maternos na América Latina culminou num movimento que visava “humanizar o parto” nas instituições (Lansky *et al.*, 2014).

Como termo jurídico, a noção de violência obstétrica teve origem pela primeira vez na Venezuela em 2007, seguida pela Argentina em 2009 e pelo México em 2014, onde os perpetradores de violência obstétrica são sujeitos a

acusações criminais. De acordo com a filósofa feminista *Shabot*, a violência obstétrica é diferente de outras formas de violência médica porque os corpos em trabalho de parto e parto não estão doentes, doentes ou disfuncionais. Em vez disso, o corpo em trabalho de parto é geralmente “um corpo saudável e poderoso” (Zenti, 2020).

Ao longo do contexto histórico observou-se que, embora as melhorias nos cuidados perinatais tenham ajudado a salvar muitas vidas em todo o mundo, as desigualdades na saúde reprodutiva continuam a ser abundantes. As disparidades raciais, geográficas e de classe moldam resultados divergentes em termos de saúde materna e infantil, bem como o acesso desigual a formas vitais de cuidados de saúde, como o aborto (Piovesan, 2010).

Durante do século XX, foram relatados na literatura inúmeros casos de injustiças reprodutivas oriundas de muitos fatores, incluindo a história pouco reconhecida de violência obstétrica. A violência obstétrica refere-se a danos infligidos durante ou em relação à gravidez, à procriação e ao período pós-parto. Essa violência pode ser tanto interpessoal como estrutural, decorrente das ações dos prestadores de cuidados de saúde e também de acordos políticos e económicos mais amplos que prejudicam desproporcionalmente as populações marginalizadas (Lansky *et al.*, 2014).

Ao focarmos na violência obstétrica, centramos a longa e duradoura história da reprodução biológica como um local de violência social. Ao fazê-lo, elucidamos como a violência obstétrica refletiu e ampliou diferentes formas de discriminação, opressão e exclusão social e política.

Apesar dos esforços crescentes para minimizar a morte durante o parto, a mortalidade materna continua a ser uma das principais causas de morte em todo o mundo. Na última década, muitos países subdesenvolvidos, como Índia, Argentina, Chile e o Brasil conseguiram reduzir a mortalidade materna de um máximo de 273 por 100.000 nados-vivos entre 1991-2001 para 165 por 100.000 nados-vivos em 2018, representando 22% de todas as mortes maternas em todo o mundo (Santos, 2016).

O governo brasileiro, ao longo dos anos tem buscado introduzir várias políticas e reformas no sistema de saúde para reduzir a mortalidade materna, promovendo principalmente o parto institucional e os cuidados pré-natais. Estas políticas tem sido úteis, até certo ponto, para melhorar a proporção de partos

institucionais, os resultados de saúde materna e reduzir os casos de mortalidade materna, mas garantir a qualidade dos cuidados obstétricos continua a ser uma grande preocupação (Campos, 2019).

Segundo o entendimento de Lansky et al., (2014) existem evidências substanciais de várias práticas desrespeitosas e agressivas que as mulheres encontram nas instalações de cuidados obstétricos, especialmente durante o parto, o que as desencoraja de recorrer a cuidados de saúde institucionais no futuro. Existem relatos documentados na literatura na área da saúde de maus tratos e comportamento agressivo por parte dos prestadores de cuidados de saúde para com as mulheres durante o parto, tanto em países de baixo como de alto rendimento (Piovesan, 2010).

Importante destacar que, conforme o Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher dispõe que os comportamentos violentos incluem abuso verbal e físico, violações de privacidade, estigma e preconceito, procedimentos de saúde antiéticos, abandono e negligência. Embora o investigadores tenham utilizado diferentes definições e classificações de violência contra as mulheres, elas ligam os maus-tratos à violência baseada no gênero (Lansky et al., 2014).

No início do século XXI a acadêmica feminista Lansky (2014) defende que a violência contra as mulheres durante o parto é uma violência baseada no gênero, “dirigida às mulheres porque são mulheres”. O movimento contra a “violência obstétrica” originou-se da crítica das feministas à excessiva medicalização dos cuidados maternos e do apelo ao parto humanizado. O movimento do parto humanizado concentrou-se na desmedicalização do parto, argumentando que “o nascimento é um fenômeno natural sobre o qual as mulheres devem ter controle e as intervenções médicas só devem ser utilizadas quando necessário” (Campos, 2019).

Diante do breve panorama histórico da violência obstétrica, verificou-se que vários estudos demonstraram que muitas mulheres que enfrentam violência obstétrica especialmente no Brasil provêm de meios socioeconômicos mais baixos. Essas mulheres têm que recorrer a instalações públicas para dar à luz; eles esperam tal comportamento e, portanto, não o considera anormal ilegal ou eticamente errado (Lansky et al., 2014).

#### 4 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica é uma forma específica de violência contra as mulheres que viola os seus direitos humanos. Realizada por prestadores de cuidados obstétricos em relação ao corpo e aos processos reprodutivos da mulher, caracterizando-se pela assistência desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e reversão do processo de natural para patológico (Oliveira, 2018).

A violência obstétrica é o abuso cometido contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto. Tal tipo de violência pode ser física, psicológica, verbal ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou encoberta. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é intimamente relacionada por estigmas e preconceitos de gênero (Almeida, 2018).

Os tipos de violência ocorrem no âmbito físico e psíquico da vida da Mulher. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência por negligência obstétrica é a omissão pela qual se deixa de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Temos como exemplo de violência por negligência obstétrica negar atendimento ou impor dificuldades para que a gestante receba os serviços que são seus por direito. Essa violência ocasiona uma peregrinação por atendimento durante o pré-natal e por leite na hora do parto. Ambas são bastante perigosas e desgastantes para a futura mãe. Também diz respeito à privação do direito da mulher em ter um acompanhante, o que é protegido por lei desde 2005 (Oliveira, 2018).

A violência Psicológica é compreendida por toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança. Para a Psicologia, a violência contra a mulher, independente do seu tipo, causa comprometimentos à saúde física, mas o que se enfatiza são as consequências que vão além desses danos imediatos. Pois, o trauma reflete seriamente na saúde mental da mulher, principalmente vivenciado em um momento de parto ou/e pós-parto, considerado psicologicamente, como turbulento e vulnerável para a gestante e o bebê. Reitera-se que muitas vezes, a violência psicológica associa-se à violência verbal: “Me fizeram

muitas perguntas maldosas [...] nunca esqueço aquelas coisas que eles me falaram lá no hospital” (Oliveira, 2018).

A violência Verbal obstétrica é mais comum do que se pode imaginar, recusa de atendimento, intervenções e procedimentos médicos não necessários, agressões verbais através de frases preconceituosas, muitas vezes com tons de brincadeira, outras através de grande ironia e ignorância, como “na hora de fazer você não gritou”, “ano que vem você volta, então não adianta chorar”, “foi bom fazer né? Agora aguenta”, “cala a boca e ficar quieta, senão eu deixo você aí sentindo dor”.

Comentários constrangedores, ofensivos ou humilhantes à gestante. Seja inferiorizando a mulher por sua raça, idade, escolaridade, religião, crença, orientação sexual, condição socioeconômica, número de filhos ou estado civil, seja por ridicularizar as escolhas da paciente para seu parto, como a posição em que quer dar à luz. No âmbito de violência física, segundo o critério definido pela Organização das Nações Unidas (ONU), é o ato que coloca obstáculos à igualdade de gênero e afeta significativa e intensamente a integridade física e a saúde mental das vítimas, principalmente, das mulheres vítimas de violência doméstica. Na obstetrícia se dá por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto (Cruz; Sumam; Spindola, 2017).

Entre eles, está a aplicação do soro com ocitocina, lavagem intestinal (além de dolorosa e constrangedora, aumenta o risco de infecções), privação da ingestão de líquidos e alimentos, exames de toque em excesso, ruptura artificial da bolsa, raspagem dos pelos pubianos, imposição de uma posição de parto que não é a escolhida pela mulher, não oferecer alívio para a dor, seja natural ou anestésico, episiotomia sem prescrição médica, “ponto do marido”, uso do fórceps sem indicação clínica, imobilização de braços ou pernas, manobra de Kristeller (Campos, 2019).

Ainda segundo Campos (2019) discorrem sobre as formas mais comuns de violência obstétrica são: injuriar, constranger, coagir, humilhar a mulher e sua família; fazer comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua situação socioeconômica, sua raça; realizar métodos sem esclarecimentos ou não considerar a recusa avisada; utilizar de forma inadequada técnicas para acelerar partos.

Uma em cada cinco mulheres no cenário brasileiro sofre violência durante o trabalho de parto, conforme com uma pesquisa realizada em 2013 pela Fundação

Perseu Abramo: "Mulheres brasileiras e gênero em locais privados e públicos". O conceito internacional em trabalho de parto determina qualquer ato ou intervenção direcionada as gestantes ou parturientes ou ao bebê, praticado sem a concordância explícita e informado e / ou desrespeitado de sua integridade física e mental, autonomia, anseios, escolhas e preferências (Zenti, 2020).

A integridade corporal das mulheres e seu bem-estar psicológico não parecem ser determinantes relevantes para o sistema de saúde pública; as pesquisas realizadas a nível nacional sobre a satisfação das mulheres quanto à experiência do parto ainda são insuficientes. De outra expectativa, o desrespeito e abuso por parte dos profissionais de saúde contra as mulheres durante na fase do puerpério e no trabalho de parto também foi evidenciado pelo Teste de Violência Obstétrica, respondido por quase três mil mulheres em março e maio de 2013, em que metade das mulheres relataram estar insatisfeitas com a qualidade dos cuidados médicos e hospitalares recebidos para o nascimento do bebê (SILVA et al., 2014).

## **5 DADOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Segundo o CFM, alguns estudos, como o *Defining "Term" Pregnancy Workgroup*<sup>3</sup>, organizado pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), constataram que bebês nascidos antes da 39ª semana podem apresentar problemas de saúde e dificuldades alimentares. Diante dessa realidade, em 22 de junho de 2016, foi publicada no Brasil a Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina, CFM, que definia que a cesariana eletiva só poderia ser realizada a partir da 39ª semana. Antes da definição desse critério, os partos de risco habitual poderiam ser realizados a partir da 37ª semana de gestação. (Almeida, 2018).

Assim, o agendamento prévio de cesarianas massivas, como na cidade de Trindade-GO, além de violar direitos e expor as mulheres ao risco de morte (Dias, M. & Machado, 2018), pode causar danos à saúde do bebê. Pelo fato da idade gestacional poder estar incorreta (Pereira et al, 2014) e estudos científicos indicarem que não é saudável um bebê ser submetido à cesariana antes da 39ª semana gestacional (Malheros, 2012).

Em audiência pública realizada em 23 de outubro de 2018, o Ministério Público Federal reconheceu que a violência obstétrica é uma violência sexual contra a mulher e ressaltou que o alto índice de cesarianas é uma vergonha para o país, um crime contra as mulheres que estão expostas ao risco de morte (Dini, 2018). Ressalta-se que, com o advento da Lei Federal Brasileira nº 10.778/2003, a violência de gênero passou a ser considerado um agravo de saúde pública (Dias, M & Machado, 2018). Portanto, por meio de uma interpretação sistemática, conclui-se que a realidade enfrentada no Estado de Goiás, especialmente no município de Trindade, é um problema de saúde pública (Campos, 2019).

Durante o processo de parto, muitas mulheres são vítimas de abuso e tratamento desrespeitoso nas instituições de saúde. Esta realidade, que afeta vários países do mundo, além de infringir os direitos das mulheres para um atendimento de qualidade, coloca sua integridade física em risco em um momento de extrema exclusividade (Campos; Oliveira. 2019).

Assim, além de um problema de saúde pública, há uma questão de direitos humanos. Salienta-se que, a violência, seja física, emocional ou simbólica, produz um alto grau de sofrimento e, às vezes, apresenta de forma tão sutil que dificulta seu reconhecimento e, conseqüentemente, dá maior destaque ao sujeito. Nesta perspectiva, a violência obstétrica abrange qualquer ação que produza decorrências físicos e psicológicos negativos durante o processo natural de parto. A maior parte do tempo, a sua materialização ocorre através de um tratamento desumanizado proveniente de profissionais de saúde (Almeida, 2018).

Todas as mulheres têm o direito a uma vida sem violência e livre de discriminações. Contudo, a violência obstétrica se encontra ligada aos preconceitos de gênero, revelando uma grande dificuldade do acesso aos serviços de atenção obstétrica. Desta forma, passa a ser questionado o papel do profissional de saúde – neste caso, o enfermeiro, no oferecimento de condições mínimas para a paciente que venha sofrer com este quadro, seja evitando ou reduzindo os danos (Brito; Oliveira, 2020).

No Brasil, uma pesquisa sobre mulheres brasileiras e gênero em espaços públicos e privados mostrou que 35% dos entrevistados foram vítimas de violência obstétrica. Outro estudo, desenvolvido em uma maternidade em São Paulo, Brasil, apresentou percentual similar, 28%. As expressões de violência foram descritas como procedimentos de autorização concedida por mulheres, como amniotomia

artificial e enema. Ocorreu também erros no esclarecimento de dúvidas e proibição quanto à presença do companheiro (Almeida, 2018)..

## **6 PROTEÇÃO E RESPEITO A VIDA DENTRO DAS MATERNIDADES**

Cabe esclarecer que muitas legislações brasileiras são unificadas nesse sentido. Todos os pacientes têm direito à informação clara, inclusive os pacientes surdos com garantias legais de acessibilidade e tratamento adequado nos cuidados de saúde (Brasil, 2002). Toda pessoa tem direito a consentir com qualquer tratamento ou intervenção a que seja submetido, salvo risco iminente de morte, conforme dispõe o artigo 15 do Código Civil (Brasil, 2002) e os artigos 22 e 24 do Código de Ética Médica, (Almeida, 2018).

Apesar do direito à informação e ao consentimento estar consolidado no ordenamento jurídico, o Brasil ainda apresenta casos de violação extrema desses direitos no momento do parto, o que configura violência obstétrica. Essa questão será elucidada por meio de duas análises de casos que serão exploradas neste artigo. Segundo depoimento de vítimas em andamento ministrado na Associação de Mulheres Surdas e Deficientes Auditivas de Goiás no dia 4 de novembro de 2018, registrado em vídeo, muitas mulheres surdas não contam com intérpretes no momento do parto. Apesar dos direitos reprodutivos e do planejamento familiar, há incidência de esterilização por laqueadura tubária sem o consentimento do paciente surdo, o que demonstra uma clara violação do direito à informação e ao consentimento (Brito; Oliveira, 2020).

Outro caso extremo no Brasil, aqui descrito, refere-se à cidade de Trindade-GO, que possui uma população estimada em 125.328 habitantes (IBGE, 2018). Este município é marcado por um local onde as mulheres não têm a opção de parir por parto vaginal, pois os partos ocorrem apenas por procedimento cirúrgico, via cesárea. Ressalta-se que o único hospital público da cidade que realiza partos, o HUTRIN (Hospital de Emergência Trindade), oferece apenas cesáreas uma vez por semana e previamente agendadas (Brito; Oliveira, 2020).

A Constituição da República Federativa do Brasil estabelece como direitos fundamentais que todos são iguais perante a lei e que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer outra coisa senão em virtude da lei (Brasil, 1988). Assim,

exceto em caso de risco de morte, ninguém pode ser obrigado a submeter-se a tratamento médico ou intervenção cirúrgica (Brasil, 2002).

A indução coletiva à realização de cirurgia cesárea constitui violação aos direitos reprodutivos de pacientes que dependem do sistema público de saúde do município de Trindade- GO. O desrespeito aos direitos humanos no momento do parto e a objetificação da mulher pela equipe de saúde configura a Violência Obstétrica (Almeida, 2018).

Toda mulher tem direito a um acompanhamento especializado durante a gestação. É o que determina a Lei n. 9.263/1996, que estabelece que toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) tem a obrigação de garantir atenção integral à saúde, tendo a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato como atividades básicas (Brasil, 1996).

Pelo SUS, a mulher tem direito à pelo menos seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação (Brasil, 2016). Nenhuma mulher pode ser privada de um acompanhante escolhido por ela, em nenhum momento do trabalho de parto, parto e pós-parto.

O hospital tem a obrigação de informar à paciente que ela tem direito a ser acompanhada por uma pessoa indicada por ela, e isso é assegurado pela Lei n. 11.108, de 2005, e pela Portaria n. 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Também é um direito de toda mulher ter acesso a um atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério (Brasil, 2005).

A mulher tem direito a licença-maternidade remunerada, que pode começar até 28 dias antes da Data Provável do Parto (DPP), e tem 120 dias de duração, podendo ser estendida para até 180 dias. Mães de crianças que foram adotadas têm o mesmo direito (Meu Parto, 2020) Caso esteja desempregada, possua emprego informal, ou seja, empreendedora, tem direito a receber o salário-maternidade pago pela Previdência Social e se afastar do trabalho durante o período. O valor do benefício será calculado a partir do salário da mulher nos últimos 6 meses. Mulheres que tiveram aborto espontâneo podem receber o salário-maternidade e se afastar do trabalho por duas semanas (Meu Parto, 2020).

A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê. Para tanto, o artigo 396 da Consolidação

das Leis do Trabalho (CLT) garante o direito a dois intervalos, de meia hora cada, durante o expediente, à mulher que retornar ao trabalho antes de o bebê completar seis meses. Amamentar o bebê em público também é um direito previsto em lei.

Alguns estados brasileiros têm multas para estabelecimentos que constrangerem uma mulher que amamenta, seja sugerindo que ela vá a um lugar reservado para fazê-lo, seja solicitando a ela que não amamente em determinado local (Meu Parto, 2020) O ministério da saúde traz como estratégia a implantação da rede cegonha, esta que tem como intuito o atendimento humanizado às gestantes reduzindo a mortalidade materna e neonatal, buscando o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada ao parto e questões relacionadas ao abortamento e puerpério (Brito; Oliveira, 2020).

#### **4 ORDENAMENTO JURÍDICO QUE AMPARA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Desde 1985, o Brasil discute a assistência adequada ao parto, ano em que sediou o encontro internacional e interdisciplinar entre a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde, na cidade de Fortaleza, CE. O evento acolheu vários profissionais que representavam múltiplas áreas da saúde, incluindo médicos, o que levou à redação do documento intitulado “Tecnologias Apropriadas ao Parto” (Malheros, 2012).

Desde então, surgiram inúmeras leis que protegem mulheres e crianças. A Constituição Federativa do Brasil protege a maternidade, a infância e o planejamento familiar (Brasil, 1988). Em 1990, o Brasil reconheceu explicitamente o direito a um nascimento digno e a cuidados adequados para as mães com a promulgação da Convenção sobre os Direitos da Criança (Brasil, 1990). Ressalte-se que os direitos das pessoas com deficiência também são garantidos pela Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988).

A acessibilidade à comunicação é garantida pelas Leis 10.098/2000 e 10.436/2002, bem como pelo Decreto nº 9.656/2018. A falta de intérpretes na assistência à saúde prejudica o diagnóstico e a prestação adequada de serviços. Essa situação não ocorre apenas nas maternidades. Em 2018, o Ministério Público ajuizou Ação Civil Pública para que o Estado de Rondônia preste assistência à saúde aos deficientes auditivos por meio de intérprete de libras (SECOM, 2018). A

comunicação é um pilar essencial para prestar o devido cuidado e salvaguardar os direitos à informação, à autonomia e ao consentimento do paciente (Piovesan, 2010).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que as mulheres sejam ativamente envolvidas no processo de tomada de decisão (OMS, 2014). Dessa forma, a barreira da inacessibilidade à comunicação prejudica os direitos das mulheres surdas (Diniz; Chacham, 2016). Para melhorar a assistência ao parto, o Brasil adotou programas de boas práticas e boas condutas, que visam reduzir as mortes maternas e infantis, bem como reduzir o alto índice de cesarianas (Santos, 2016).

No ano de 2000, através da Portaria/GM nº569, de 06/01/2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar a assistência humanizada ao neonato, à gravidez, ao parto e ao puerpério, (Ministério da Saúde, 2011). Em 2014, a Portaria nº 371 de 2014 do Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS), (Brasil, 2014).

Posteriormente, as diretrizes nacionais para assistência ao parto normal foram consolidadas pelo Ministério da Saúde com o apoio de inúmeros colaboradores. De referir que o grupo de redação foi composto por dez membros com a seguinte representação: 70 por cento de médicos, 10 por cento de enfermeiros obstetras, 20 por cento de outras áreas de apoio (Ministério da Saúde, 2017).

Apesar das diversas medidas para melhorar o parto ao nascer, o resultado não foi satisfatório (Diniz; Chacham, 2016). Com isso, inúmeras mulheres passaram a denunciar abusos nas redes sociais e surgiram movimentos sociais para denunciar e divulgar fatos ocorridos durante o parto (CFM, 2018). Os movimentos sociais ganharam representatividade perante o poder público.

No documento produzido pelo Ministério da Saúde: Diretrizes Nacionais para a Assistência ao Parto Normal, o conselho consultivo foi representado pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Brasileira de Enfermagem, pelo Conselho Federal de Enfermagem, pela Associação Médica Brasileira, pela Federação Brasileira de Ginecologia e Associações de Obstetrícia, representantes

de hospitais, bem como a ONG Artemis, a rede de mulheres Parto do Princípio, a Rede de Humanização do Parto e Nascimento, entre outras (Ministério da Saúde 2017). O Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu o parecer nº 32/2018 que reconhece a necessidade de legislação, normas e protocolos para alcançar um atendimento adequado na atenção à saúde da população (Brasil, 1996).

## **6 PARTO HUMANIZADO NA REDE DE SAÚDE**

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde criada em 2011 tendo como objetivo implementação de estratégias que viabilizem o parto humanizado além de inserir novos modelos de atenção à saúde e cuidados da mulher e da criança, evitar qualquer tipo de desrespeito, violência para a gestante e também a mortalidade materna e infantil. Sendo realizada no Sistema Único de Saúde que consiste numa rede de cuidados que visa garantir 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 (Barros, 2018).

Pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Tem como componentes responsáveis: o Pré-Natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança e sistema logístico, realizados todos de formas humanizadas. No pré-natal tem objetivo de garantir acolhimento total a gestante e a melhoria do atendimento, realização de exames para identificar de forma precoce se a algum tipo de risco a gestação/gestante e ser encaminhado rapidamente ao atendimento adequado, porém a equipa da Unidade Básica deve continuar acompanhando a gestante, outro fator importante é a realização de exames em tempo oportuno (Brasil, 2015).

O pré-natal inicia logo quando descobre a gravidez, devendo ser realizado no mínimo seis consultas durante todo o período da gestação que será feito da seguinte forma: uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Caso seja encontrado algum tipo de anormalidade durante as consultas passam a ser realizadas com mais frequências e acompanhada pelo médico sendo observado também se a gestante se encontra com alguma patologia pré-existente ou se a mesma adquiriu durante a gestação (Barros, 2018).

Quanto ao parto e nascimento é preciso realizar serviços de saúde que sejam

práticos e seguros, aumento da disponibilidade de leitos obstétricos e neonatais, garantindo acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto e pós-parto imediato, atendimento rápido e de qualidade ao neonatal que se encontra em estado de risco. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde criou uma classificação das práticas comuns na realização do parto normal, orientando o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto (Santos, 2016).

O governo federal tem estratégias de ações que são desenvolvidas e fundamentadas a fim de reduzir taxas da mortalidade materno infantil no país. A Organização Mundial de Saúde tem como objetivos 4 e 5 que são: reduzir da taxa de mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, respectivamente. No Brasil a redução de mortalidade infantil em 1990 foi de 60,8 óbitos por mil nascidos vivos para 16,4 em 2015 (queda de 73%) (Barros, 2018).

Mortalidade materna reduz em 58% entre 1990 e 2015, de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. O projeto rede cegonha foi implantado em 24 de junho de 2011 pelo Ministério da Saúde por meio da portaria de nº 1.459. É uma rede de ações para garantir e assegurar um atendimento de qualidade, fundamentado através das diretrizes do Sistema Único de Saúde (Barros, 2018).

A Rede cegonha garante a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção a gravidez, parto e puerpério, assegurando o crescimento e desenvolvimento saudável à criança até 24 meses de vida. Nessa rede promovem-se quatro elementos que são: pré-natal; parto e nascimento; puerpério; e sistema logístico (Brito; Oliveira, 2020).

Nesse sentido, o projeto rede cegonha ampara quesitos imprescindíveis da assistência humanizada ao parto e nascimento, o que pode exemplificar com a implantação de centros de parto normal, garantindo acompanhamento por um profissional de enfermagem especialista em obstetrícia, onde dá a mulher o poder de exercer suas escolhas, resgatando o direito à privacidade e dignidade ao dar à luz (Brito; Oliveira, 2020).

Além disso, a Rede cegonha propõe colocar-se em prática desde a Unidade Básica de Saúde, a avaliação e classificação de risco na gestação. Assim como, preconiza-se no projeto, as práticas de atenção ao parto e ao nascimento na busca de garantia de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais, mantendo uma comunicação segura com a mulher durante este período da gestação (Brito; Oliveira, 2020).

Visa ações para a melhoria da qualidade da assistência no atendimento à mulher e a criança pela qualificação e valorização do serviço prestado pela enfermeira e com a vinculação da gestante a unidade e realização da prática humanizada a atenção ao parto e nascimento. Para garantir acesso de qualidade é importante reestruturação a atenção em direção à assistência humanizada e de qualidade, baseada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família. No período puerperal é quando ocorrem múltiplos fenômenos de natureza hormonal, psíquica e metabólica (Brito; Oliveira, 2020).

A assistência a puérpera deve ter início ainda em ambiente hospitalar e tendo como objetivo: promoção do aleitamento materno e junto da alimentação complementar saudável, orientar quanto ao planejamento familiar e acompanhar puérpera durante a primeira semana após o parto, realizar encaminhamento caso haja situações de risco, garantindo acesso a uma assistência de qualidade. Identificando a tempo uma possível depressão pós-parto devido ao estresse do parto, insegurança ou medo (Barros, 2018).

Em alguns casos, a fase puerpério pode ser percebida pela mulher como aflitiva, uma vez, desde o momento em que é internada em uma maternidade tudo se torna imprevisível e não familiar. A mulher solicita a compreensão dos profissionais de saúde em volta dela, e em geral isso não acontece como deveria. Por outro lado, a atuação de um profissional que atue de forma adequada durante a fase do puerpério pode ser uma medida capaz de diminuir as intervenções desnecessárias e de abusos, oferecendo um atendimento mais completo à parturiente e à sua família (Barros, 2018).

Por meio da Portaria do Departamento de Saúde no. 2815/98, o Departamento de Saúde incluiu o procedimento de "entrega sem distocia" ou entrega normal no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado pela enfermeira obstétrica, garantindo sua autonomia no atendimento obstétrico. Salienta-se que, a violência em relação a gestante em trabalho de parto e após o parto tem sido um condicionante motivador de desconforto, que aparece de modo justificados nas condições aspectos emocionais dos profissionais de saúde que prestam assistência obstétrica, nas condições de trabalho e no sistema de saúde que está instituído atualmente (Barros, 2018).

Contudo, critica o ativismo social e conclui que portarias, programas oficiais e mudanças frequentes na legislação do Sistema Único de Saúde questionam e

diminuem a participação dos obstetras. Ele defende que a implementação de políticas públicas de saúde priva o uso de condutas comprovadas e cientificamente comprovadas. Afirma ainda que a legislação sobre violência obstétrica transfere para o obstetra toda a responsabilidade pelo acesso ineficiente e precário aos cuidados de saúde, o que é feito de forma inconsequente (Brito; Oliveira, 2020).

A legislação e os projetos de lei que buscam prevenir, punir e erradicar a violência obstétrica no Brasil não imputam apenas os profissionais médicos como agressores. As leis estaduais de Goiás nº 19.790/2017 e Santa Catarina nº 17.097/2017, bem como o projeto de lei nº 7.867/2017, trazem uma pluralidade de possíveis agentes agressores. A violência obstétrica é definida como o ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante, por doulas e até por terceiros. Ressalte-se que o parecer do Conselho Federal de Medicina critica o plano de parto (Brito; Oliveira, 2020).

Cabe esclarecer que o plano de parto trata de disposição de testamentos, apenas um direito consolidado de qualquer paciente (UNESCO, 2006). Como mencionado exaustivamente neste artigo, qualquer paciente tem direito à informação, ao consentimento para os procedimentos e intervenções a que será submetido (CFM, 2009). Portanto, o direito ao plano de parto não é uma regalia da gestante, é apenas uma forma prática de exercício do direito à autonomia e ao consentimento (Brito; Oliveira, 2020).

## **7 COMO DENUNCIAR CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A assistência obstétrica violenta, sem respaldo científico e que em muitas vezes transgredir os direitos humanos fundamentais as mulheres, os quais estão atrelados ao modelo de parto vigente e ao despreparo, descuido e imperícia na prática de profissionais que atuam na obstetrícia, sejam médicos, enfermeiros ou profissionais técnicos em enfermagem e possibilitam refletir como estão sendo formados estes profissionais (Oliveira, 2018).

Neste contexto, é importante discorrer que há uma série de órgãos responsáveis que tem por finalidade apurar os casos de violência obstétrica. Nos casos de violencia obstétrica a a denúncia pode ser feita no próprio hospital, clínica ou maternidade em que a vítima teve atendimento, sendo possível também ligar para o disque 180, disque 136 ou para 08007019656 da Agência Nacional de Saúde

Suplementar para realizar a reclamação para o atendimento do plano de saúde (Barros, 2018).

Tais órgãos buscam desenvolver e assegurar a concepção política e filosófica do cuidado e do conforto da parturiente que sofreu violência, ao reconhecer as rotinas e sua maleabilidade segundo a necessidade de quem cuida e quem é cuidado, assegurando a satisfação à mulher durante a fase de puerpério. É esperado também que, por estar próxima da mulher durante o período pós-parto, cuidando e confortando-a, para que o trauma da violência obstétrica seja superado e que a mesma tenha uma vivência seja saudável e condizente com a amplitude do nascimento de seu filho (Alvarenga, 2016).

Ademais, ainda é possível que seja acionado o Conselho Regional de Medicina ou o Conselho Regional de Enfermagem e até mesmo a Defensoria Pública ou Advogado particular em caso de ação judicial de reparação por danos morais e/ou materiais. No processo de apuração da existência de algum crime, como lesão corporal, a vítima pode ainda procurar a polícia. Nesta situação o Ministério Público estadual irá intervir para responsabilizar os responsáveis e zelar para que outras mulheres não passem pelo constrangimento ou qualquer tipo de violência (Alvarenga, 2016).

Para que o uso de procedimentos de cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto sejam efetivamente implementados nas maternidades, necessita-se do empenho, em especial do enfermeiro, em perceber sua relevância para a parturiente que passou por uma violência parturiente, o bebê e, por conseguinte, para toda a equipe de saúde e a instituição, ao reduzirem as intervenções cirúrgicas. Ressalte-se que a parturiente tende a valorizar a oportunidade de escolha e, ao sentir-se apoiada e confortada, está mais receptiva ao relacionamento com a equipe de saúde envolvida e a viver de forma plena o processo do parto (Alvarenga, 2016).

Deste modo, as políticas de prevenção da violência obstétrica visa integrar em suas ações e práticas de cuidado de enfrentamento e de prevenção dos insultos e abusos nas situações de violência obstétrica. Requerendo assim um modelo assistencial à saúde das parturientes que acolham, identifique, promovendo assim a saúde e a superação das consequências da violência (Oliveira, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo geral deste trabalho que foi de qual o processo para viabilizar meio de comunicação entre as partes e a compreensão dos danos ocasionados pela violência obstétrica em parturiente, pode-se observar que o cuidado oferecido na área obstétrica é aquele que oferece assistência, proteção, apoio com o mínimo de intervenções imprescindíveis.

Entretanto, se constata que os profissionais envolvidos na fase do puerpério apresentam condutas não apropriadas, tais como: linguagens violentas, métodos desnecessários e ainda tiveram que enfrentar o despreparo institucional para a realização do parto. Embora dos esforços em torno da humanização da assistência, persiste uma assistência onde predomina o abuso poder e, com isso, apreende-se, contudo, que essa dominação ultrapassa e recai na desumanização, instituindo-se em atos de violência.

As estratégias metodológicas utilizadas neste percurso foram a revisão da literatura através da análise de artigos científicos, doutrina e livros que pautaram seus estudos no tema em questão e ajudaram a atingir os objetivos propostos na presente pesquisa.

Diante dos resultados encontrados, observa-se que a violência obstétrica tem sido apontada em alguns estudos como resultante da própria precarização do sistema de saúde, porquanto em alguns momentos, o reconhecimento de abusos, humilhações e maus-tratos são percebidos e denominados como violência e em outros momentos, são apreendidos como comportamentos indispensáveis ao trabalho, como parte do cumprimento da autoridade profissional. O uso da violência obstétrica como um recurso empregado na relação profissional/paciente reflete o enfraquecimento dos embasamentos do poder e da autoridade médica.

A violação dos direitos a saúde, a integridade física e psicológica, fere assim os direitos humanos fundamentais garantidos constitucionalmente. Portanto, o esclarecimento a respeito desses tipos de violência é crucial para que através desse conhecimento haja o acionamento das autoridades competentes, mitigando e combatendo assim suas ocorrências.

Após o que foi constatado no presente estudo, que não somente as mulheres devem ter conhecimento sobre a violência obstétrica, mas também a sociedade, pesquisadores, acadêmicos, médicos e diversos profissionais de saúde. Dessa

forma, aqui instala-se a importância da discussão do referido tema, demonstrando que essa violência existe, carrega consigo o perigo como qualquer outra, além de ser capaz de causar danos a vítima por um longo período, podendo ser até mesmo irreversíveis.

Destaca-se que, a violência obstétrica tem uma apreciação ampla, a cultura de abuso do corpo da mulher e com a sua dignidade de forma desrespeitosa e intervenções dispensáveis na gestação, durante o trabalho de parto, pós-parto, sem informá-la e sem o seu assentimento, visando categorizar todos os métodos, físicos ou não, pelos quais as mulheres enfrentam. Os casos de agressões verbais, recusa de atendimento, limitação de acompanhante, raspagem de pelos, episiotomia e afastamento de mãe e bebê saudável após o nascimento estão entre os fatores da enorme lista de violências obstétricas vivenciadas.

Os avanços nessa área são nítidos no Brasil, em especial, nos últimos cinco anos, período que corresponde à proposição do Programa Rede Cegonha. Porém, ainda são muitos os desafios que devem ser enfrentados pelas instituições de saúde e profissionais da área para que o respeito à dignidade, autonomia e bem-estar da mulher e de sua família sejam respeitados na ocasião do nascimento.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcélia Ferreira de. **A violência obstétrica como afronta aos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2018.

ALVARENGA, Sarah Pereira. **Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira**. Três Corações: Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 2016.

BARROS, T. C. X. et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 5, n. 2. 2018.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, 2016.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Disponível em: . Acesso em 05 set. 2023.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde (MS)**. Portaria n. 2418 de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante. 2. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Rede Cegonha.** Atenção integral a saúde da mulher e da criança. Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRITO, Cecília Maria Costa de; OLIVEIRA, Ana Carolina Godim de Albuquerque; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque. **Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro.** Brasília: Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 2020.

CAMPOS, Carmen Hein de. **Públicas e histórico dos Direitos Reprodutivos no Brasil. Legislação, Políticas** In: CAMPOS, Carmen Hein de; OLIVEIRA, Guacira Cesar de Saúde Reprodutiva das Mulheres direitos, políticas - públicas e desafios. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009. (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo).

CAMPOS, Carmen Hein de. **Legislação, Políticas Públicas e histórico dos Direitos Reprodutivos no Brasil.** In: CAMPOS, Carmen Hein de; OLIVEIRA, Guacira Cesar de Saúde Reprodutiva das Mulheres direitos, políticas - públicas e desafios. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2019. (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo). Disponível em: <<https://repositorio-api.animaeducacao.com.br/server/api/core/bitstreams/9c0a59b9-4878-4686-ad11-110147239cef/content>>. Acesso em: 29 nov. 2023.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPINDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2017.

DONELLI, Tagma Marina Schneider. O parto no processo de transição para a maternidade. Porto Alegre: UFRGS, 2013. 175p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

DINIZ, Simone; CHACHAM, Alessandra. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesárea e episiotomias em São Paulo. São Paulo: Questões de Saúde Reprodutiva, 2016.

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 [online]. 2014, vol.30, suppl.1 [citado 2021-05-05], pp.S192-S207. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 01 set. 2023

MALHEROS et al.; **Parto e nascimento:** saberes e práticas humanizadas, 2012.

OLIVEIRA, Isabela Risso. **Violência obstétrica:** Violação ao protagonismo e aos direitos da mulher na experiência de parir. 2018, 115p. Monografia de Conclusão de Curso. Área de concentração: Direito. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2018.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 4. ed. São Paulo: Max Limonad, 2010. p. 54-55.

SANTOS, Anna Marcella Mendes dos. **Violência obstétrica**: relações entre gênero e poder. 2016. Disponível em:

<[https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=16211](https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=16211)>. Acesso em: 03 set. 2023.

ZENTI, Luciana. **Hospitais descumprem Lei de Acompanhante no parto**. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3upGmjR>>. Acesso em: 02 set. 2023.

# Plagius®

## Resultado da análise Plágius

Arquivo: TCC Final - Lívia Caroline.docx

### Estatísticas

**Suspeitas na Internet: 3,94%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet  .

**Suspeitas confirmadas: 3,36%**

Percentual do texto onde foi possível verificar a existência de trechos iguais nos endereços encontrados  .

**Texto analisado: 100%**

Percentual do texto efetivamente analisado (imagens, frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

**Sucesso da análise: 99,9%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

### Endereços mais relevantes encontrados:

Endereço (URL)	Ocorrências	Semelhança
<a href="https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/csvgvNHzkYX4xM4p4gJXrVt">https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/csvgvNHzkYX4xM4p4gJXrVt</a>	13	7,16 %
<a href="https://www.scielo.br/j/rbgo/a/ZC7Ycyznnd3nhVydGsHqwBb">https://www.scielo.br/j/rbgo/a/ZC7Ycyznnd3nhVydGsHqwBb</a>	12	9,1 %
<a href="https://www.scielo.br/j/tce/a/pV6KPCcRtvkhKKWVgLgdw5S">https://www.scielo.br/j/tce/a/pV6KPCcRtvkhKKWVgLgdw5S</a>	11	8,89 %
<a href="https://www.redalyc.org/pdf/714/71414366011.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/714/71414366011.pdf</a>	11	9,17 %
<a href="https://www.scielo.br/j/csc/a/3tdBDFr4VTZSXq8Drcnb6hL">https://www.scielo.br/j/csc/a/3tdBDFr4VTZSXq8Drcnb6hL</a>	11	10,07 %
<a href="https://dou.vlex.com.br/vid/decreto-mar-promulga-todas-formas-mulher-34272936">https://dou.vlex.com.br/vid/decreto-mar-promulga-todas-formas-mulher-34272936</a>	9	5,04 %

### Texto analisado

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM PARTURIENTES: REVISÃO DA LITERATURA

Lívia Caroline Silva dos Reis<sup>1</sup> Profa. Orientadora Msc. Teresa Cristina Oliveira:<sup>2</sup>

**RESUMO:** A violência obstétrica é caracterizada por condutas e omissões que causam sofrimento e danos desnecessários às mulheres por parte em todas as fases da gravidez parto puerpério e aborto, por profissionais da saúde. O objetivo consiste em analisar como ocorre a aplicabilidade da responsabilidade

civil nos casos de violência obstétrica em parturientes. Verifica-se que a relação médico-paciente ou paciente-hospital considera-se de consumo, regulamentada pelo Código de Defesa do Consumidor. A responsabilidade civil dos hospitais é considerada objetiva, respondendo ele pela estadia, instalações, equipamentos e serviços auxiliares, independente da apuração de culpa. Os estabelecimentos cometem violência obstétrica quando dificultam, retardam ou impedem o [acesso da mulher aos seus direitos constituídos](#).

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Responsabilidade Civil. Danos.

ABSTRACT: Obstetric violence is characterized by conduct and omissions that cause unnecessary suffering and harm to women at all stages of pregnancy, birth, postpartum and abortion, by health professionals. The objective is to analyze how the applicability of civil liability occurs in cases of obstetric violence in parturient women. It appears that the doctor-patient or patient-hospital relationship is considered consumer, regulated by the Consumer Protection Code. The civil liability of hospitals is considered objective, with the hospital being responsible for the stay, facilities, equipment and auxiliary services, regardless of the finding of fault. Establishments commit obstetric violence when they hinder, delay or prevent women from accessing their rights.

Keywords: Obstetric Violence. Civil responsibility. Damage.

SUMÁRIO: 1. INTRODUÇÃO; 2.HISTÓRIA DA ORIGEM DO PARTO

3 BREVE HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

4 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

5 DADOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL. ( DADOS DE 2022 E 2023)

6350027940063500279400

1: Bacharela em direito pela Universidade Católica do Salvador UCSAL, 2023.

2 Advogada/OAB-BA, Professora do curso de Direito do Centro Universitário Ruy Barbosa/Wyden, especialista em Direito Civil (UFBA) e especialista em Família: Relações Familiares e Contextos Sociais (UCSal). Mestra em Família na Sociedade Contemporânea (UCSAL) Doutora em família. Orientadora do PICT; Membro dos grupos de pesquisa Família e Desenvolvimento Humano..

## 1. INTRODUÇÃO

Os direitos humanos no parto são um campo emergente dentro dos direitos à saúde reprodutiva. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (ONU) chegaram ao fim e até agora tem havido um foco na melhoria da saúde materna no contexto da melhoria do acesso aos cuidados de saúde baseado conforme o princípio constitucional elencado no inciso III do artigo 1º da Constituição Federal, que tem como desígnio garantir à qualquer pessoa o mínimo de direitos que precisam ser devidamente respeitados por toda a sociedade e também pelo Estado, conservando, assim, a personalidade e a liberdade individual.

Embora o foco anterior tenha sido o acesso igual e justo aos cuidados de saúde, existe agora um maior reconhecimento da importância da dignidade, do respeito e da autonomia para as mulheres que utilizam os serviços de saúde para a realização do parto, porquanto, a parturição já ser considerado um momento desconfortável e angustiante para as mulheres desde o momento que precisa se direcionar a maternidade ou unidades de saúde e daí tudo passa a não mais ser administrado pela mesma, causando desconforto sem o anseio familiar, causando desespero, ansia e aflição.

No que concerne à violência obstétrica em parturientes comporta-se com um olhar mais sensível no que se refere à vítima, sendo ela o centro, já que o sofrimento da mesma é exposto diante de determinadas atitudes causadas por profissionais de saúde, causando desrespeito, abuso, e diversos maus-tratos em um momento que deve ser para tanto de amor, cuidados, proteção sem dores provocadas. Vale ressaltar que o direito de escolha da parturiente não visa o consenso entre as partes porque não seria essa circunstância, mas visa o consenso entre as partes possibilitando ao agressor a oportunidade ao pedido de desculpa e da compreensão do ilícito.

Assim, é de se reconhecer que, no Direito atual, é em torno da aplicabilidade da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica em parturientes que se movem os mais calorosos debates a respeito de uma nova forma de resposta ao ato ilícito. O tema, ainda que seja capaz de causar estranheza a alguns acadêmicos do Direito, vem sendo, fortemente, debatido no âmbito doutrinário, bem como tem sido objeto de alguns projetos e experiências-piloto que vêm ganhando, cada vez mais, espaço no Brasil.

Busca-se, com o estudo aqui realizado, compatibilizar o modelo preconizado com o senso de justiça e a cultura diversificada do povo brasileiro e, sobretudo, com a Constituição Federal, a legislação e as práticas judiciais pátrias. Enfim, pretende-se, pois, em suma síntese, estabelecer limites e construir balizas para possibilitar uma aplicação segura e previsível, adequando-a ao ordenamento jurídico pátrio e seus institutos penais e processuais penais, com o fito de proporcionar um caminho lógico para sua efetiva implementação.

Com o objetivo de atrair atenção para o tema, o trabalho tem como objetivo geral analisar como ocorre a aplicabilidade da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica em parturientes. Deste modo, qual o processo para viabilizar meio de comunicação entre as partes e a compreensão dos danos ocasionados pela violência obstétrica em parturiente?

A dúvida da possibilidade da aplicabilidade da responsabilidade civil se faz pensar na falta de uma regulamentação jurídica perante o processo que é um sistema que se constitui oposição, tendo como condutores profissionais o ofensor e o Estado, como árbitro o juiz. O resultado é imposto por uma pessoa ou pessoas que alheia (m) o conflito.

A importância de produzir o tema violência obstétrica ao conhecimento do maior número de pessoas, principalmente se esse número for mulheres é a maior motivação para desenvolver as linhas do saber. Pois, esse tipo de conduta praticada por profissionais de saúde, tem por consequências lesões não só no momento do parto, mas para um bom período da vida de muitas mulheres, se não para vida toda, levando-se em conta o abalo psicológico e emocional, a ameaça o direito à vida, integridade física, desrespeito, maus tratos e abuso decorrente muitas vezes de não saberem dos seus direitos e se submeterem a determinadas situações humilhantes além das agressões, causando conseqüentemente sentimentos de inferioridade, abandono, vulnerabilidade, perda de dignidade e muitas outras conseqüências.

A presente pesquisa teve caráter descritivo e qualitativo cujo método a ser aplicado de revisão bibliográfica a partir da literatura existente em: livros, monografias, artigos e dados estatísticos. A metodologia utilizada consistiu no método de revisão com abordagem indutiva, pois se partirá de princípios particulares

para chegar-se à generalização do assunto, o qual ocorrerá através de análise, interpretação dos materiais selecionados em livros, artigos e documentos legais.

## 2 HISTÓRIA DA ORIGEM DO PARTO

O parto é uma experiência excepcionalmente dolorosa e difícil para os seres humanos. As peculiaridades da nossa evolução e desenvolvimento tornam o parto mais perigoso para nós do que para qualquer outro mamífero, incluindo os nossos primos macacos.

Os humanos descendem de criaturas semelhantes a macacos que andavam sobre quatro patas. Quando os primeiros humanos evoluíram para andar eretos sobre duas pernas, nossa pélvis ficou menor. Mais tarde, mudamos novamente nossos cérebros ficaram cada vez maiores. É esta relação entre o tamanho da cabeça e da pélvis que torna os nossos nascimentos tão difíceis e diferentes dos nascimentos de outros animais.

Outra hipótese é que o parto se tornou mais difícil depois que os humanos começaram a cultivar. Os arqueólogos suspeitaram pela primeira vez quando encontraram poucos esqueletos infantis em sepulturas de caçadores-coletores, mas encontraram muitos deles em comunidades agrícolas. Uma dieta rica em carboidratos tornava os agricultores mais baixos e mais gordos do que os caçadores-coletores, cujas dietas eram mais nutritivas. Isto significava que as mulheres tinham pélvis ainda mais pequenas e que os bebês engordavam no útero, tornando o parto mais difícil e provocando mais mortes para mães e bebês.

Representações escultóricas de mulheres grávidas são encontradas em muitas culturas pré-históricas. O significado dessas esculturas e seu uso são desconhecidos. No entanto, o exagero da anatomia feminina em estatuetas como a Vênus de Willendorf (~26.000 aC, Áustria) sugere que elas estão relacionadas à procriação e à fertilidade feminina.

Talvez se pensasse que essas estatuetas continham um espírito que, além de auxiliar na fertilidade, presidia outras facetas importantes da vida, como os animais, a terra, o lar ou a caça. Alguns estudiosos especulam, alternativamente, que eram usados pelas mulheres como amuletos ou talismãs para protegê-las durante a gravidez e o parto.

Durante grande parte da história, embora os filósofos e médicos do sexo masculino pontificassem frequentemente sobre a gravidez e o parto, os homens não estiveram em grande parte envolvidos no nascimento em si. Em algumas culturas, os homens eram proibidos de participar ou mesmo de assistir ao parto. Em vez de médicos e enfermeiras, as mulheres eram atendidas por familiares e parteiras que as apoiavam durante o parto e ofereciam todos os remédios e estratégias que podiam.

O conhecimento da obstetrícia foi transmitido de geração em geração pelos membros de uma comunidade. Eventualmente, livros foram publicados sobre o assunto. Em algumas sociedades, as aspirantes a parteiras iniciaram estágios de aprendizagem. Algumas parteiras trabalhavam de vez em

quando necessário na comunidade, enquanto outras viajavam longas distâncias de casa em casa e eram empregadas regularmente. Se surgissem complicações, eles chamavam um médico local que ajudava com seus instrumentos médicos. As parteiras às vezes eram responsáveis por levar a criança ao batismo enquanto a mãe descansava. Eles também desempenharam um papel legal na documentação de quando os bebês nasceram e quem eram os pais.

As parteiras conheciam remédios fitoterápicos que poderiam ajudar mulheres grávidas com uma série de problemas. Eles sabiam como preparar uma sala e posicionar uma mulher para o nascimento. Se o bebê estivesse na posição errada, as parteiras sabiam como virá-lo. Eles verificariam a posição do bebê apalpando a barriga da mulher e verificando até que ponto a mulher estava dilatada. Usando as mãos untadas com óleo, eles ajudariam a esticar os tecidos da mulher antes do parto. Depois que uma criança nascia, eles ficavam por cerca de um mês para ajudar a mãe em habilidades como amamentar.

Além dos conselhos de mulheres experientes, o parto e a medicina em geral foram por muito tempo uma espécie de oeste selvagem. As mulheres foram instruídas, por exemplo, a não ter pensamentos estranhos. Se você pensasse em macacos, digamos, seus filhos nasceriam peludos.

As parteiras também eram às vezes acusadas de bruxaria se algo desse errado com a gravidez. Ao longo da história, as parteiras têm sido membros de todas as divisões sociais, desde a camada superior da sociedade até à classe trabalhadora mais baixa. O treinamento formal e as aulas acabaram ficando disponíveis para as parteiras.

Apesar dos esforços das parteiras, o parto era arriscado tanto para a mãe como para o bebê. Na época medieval, uma em cada três mulheres morria durante a idade fértil. Era tão perigoso que as jovens escrevessem o seu testamento quando descobrissem que estavam grávidas. Infecção, hemorragia pós-parto, parteiras/médicos inexperientes e trabalho de parto obstruído foram causas comuns de morte.

Histórias de gravidez e parto às vezes aparecem no folclore e na religião. Talvez a história de parto mais famosa seja a da Natividade cristã, na qual a Virgem Maria dá à luz Jesus numa manjedoura. No mito da criação iroquesa, uma mulher dá à luz dois filhos, um que cria todo o bem do mundo e outro que cria todo o mal do mundo. Diz-se que a deusa grega Atena emergiu de uma fenda no crânio de seu pai, Zeus. E, no conto de fadas japonês, O Conto do Cortador de Bambu, um homem encontra uma menina dentro de um talo de bambu partido.

Os registros de como era dar à luz em diferentes culturas em todo o mundo são escassos devido ao domínio dos homens como condutores da cultura e ao facto de as mulheres muitas vezes darem à luz a portas fechadas. É especialmente difícil encontrar descrições de partos nas classes média e baixa.

## 2 CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência contra as mulheres durante o parto, conhecida como violência obstétrica, é uma violação multifacetada e complexa dos direitos humanos e um problema de saúde pública com consequências adversas para a saúde. Alguns estudos descreveram a violência obstétrica como desrespeito e abuso, comportamento desumanizante e maus-tratos (LANSKY et al., 2014).

A noção de violência obstétrica originou-se pela primeira vez na América Latina e na Espanha devido a movimentos ativistas que visavam humanizar o parto. No início da década de 1980, a medicalização excessiva dos cuidados maternos na América Latina culminou num movimento que visava humanizar o parto nas instituições (LANSKY et al., 2014).

Como termo jurídico, a noção de violência obstétrica teve origem pela primeira vez na Venezuela em 2007, seguida pela Argentina em 2009 e pelo México em 2014, onde os perpetradores de violência obstétrica são sujeitos a acusações criminais. De acordo com a filósofa feminista Shabot, a violência obstétrica é diferente de outras formas de violência médica porque os corpos em trabalho de parto e parto não estão doentes, doentes ou disfuncionais. Em vez disso, o corpo em trabalho de parto é geralmente um corpo saudável e poderoso (ZENTI, 2020).

Ao longo do contexto histórico observou-se que, embora as melhorias nos cuidados perinatais tenham ajudado a salvar muitas vidas em todo o mundo, as desigualdades na saúde reprodutiva continuam a ser abundantes. As disparidades raciais, geográficas e de classe moldam resultados divergentes em termos de saúde materna e infantil, bem como o acesso desigual a formas vitais de cuidados de saúde, como o aborto (Piovesan, 2010).

Durante do século XX, foram relatados na literatura inúmeros casos de injustiças reprodutivas oriundas de muitos fatores, incluindo a história pouco reconhecida de violência obstétrica. A violência obstétrica refere-se a danos infligidos durante ou em relação à gravidez, à procriação e ao período pós-parto. Essa violência pode ser tanto interpessoal como estrutural, decorrente das ações dos prestadores de cuidados de saúde e também de acordos políticos e económicos mais amplos que prejudicam desproporcionalmente as populações marginalizadas (Lansky et al., 2014).

Ao focarmos na violência obstétrica, centramos a longa e duradoura história da reprodução biológica como um local de violência social. Ao fazê-lo, elucidamos como a violência obstétrica refletiu e ampliou diferentes formas de discriminação, opressão e exclusão social e política.

Apesar dos esforços crescentes para minimizar a morte durante o parto, a mortalidade materna continua a ser uma das principais causas de morte em todo o mundo. Na última década, muitos países subdesenvolvidos, como Índia, Argentina, Chile e o Brasil conseguiram reduzir a mortalidade materna de

um máximo de 273 por 100.000 nados-vivos entre 1991-2001 para 165 por 100.000 nados-vivos em 2018, representando 22% de todas as mortes maternas em todo o mundo (Santos, 2016). O governo brasileiro, ao longo dos anos tem buscado introduzir várias políticas e reformas no sistema de saúde para reduzir a mortalidade materna, promovendo principalmente o parto institucional e os cuidados pré-natais. Estas políticas tem sido úteis, até certo ponto, para melhorar a proporção de partos institucionais, os resultados de saúde materna e reduzir os casos de mortalidade materna, mas garantir a qualidade dos cuidados obstétricos continua a ser uma grande preocupação (CAMPOS, 2019). Segundo o entendimento de Lansky et al., (2014) existem evidências substanciais de várias práticas desrespeitosas e agressivas que as mulheres encontram nas instalações de cuidados obstétricos, especialmente durante o parto, o que as desencoraja de recorrer a cuidados de saúde institucionais no futuro. Existem relatos documentados na literatura na área da saúde de maus tratos e comportamento agressivo por parte dos prestadores de cuidados de saúde para com as mulheres durante o parto, tanto em países de baixo como de alto rendimento. Importante destacar que, conforme o [Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher](#) dispõe que os comportamentos violentos incluem abuso verbal e físico, violações de privacidade, estigma e preconceito, procedimentos de saúde antiéticos, abandono e negligência. Embora o investigadores tenham utilizado diferentes definições e classificações de violência contra as mulheres, elas ligam os maus-tratos à violência baseada no gênero. No início do século XXI a acadêmica feminista Lansky (2014) defende que a violência contra as mulheres durante o parto é uma violência baseada no gênero, dirigida às mulheres porque são mulheres. O movimento contra a violência obstétrica originou-se da crítica das feministas à excessiva medicalização dos cuidados maternos e do apelo ao parto humanizado. O movimento do parto humanizado concentrou-se na desmedicalização do parto, argumentando que o nascimento é um fenômeno natural sobre o qual as mulheres devem ter controle e as intervenções médicas só devem ser utilizadas quando necessário (CAMPOS, 2019). Diante do breve panorama histórico da violência obstétrica, verificou-se que vários estudos demonstraram que muitas mulheres que enfrentam violência obstétrica especialmente no Brasil provêm de meios socioeconômicos mais baixos. Essas mulheres têm que recorrer a instalações públicas para dar à luz; eles esperam tal comportamento e, portanto, não o considera anormal ilegal ou eticamente errado.

### 3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica é uma forma específica de violência contra as mulheres que viola os seus direitos humanos. Realizada por prestadores de cuidados obstétricos em relação ao corpo e aos processos reprodutivos da mulher, caracterizando-se pela assistência desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e reversão do processo de natural para patológico. A violência obstétrica é o abuso cometido contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto. Tal tipo de violência pode ser física, psicológica, verbal ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou encoberta. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é intimamente relacionada por estigmas e preconceitos de gênero (Aguiar; Oliveira; Schraiber, 2013). Carvalho et al (2010) discorrem sobre as formas mais comuns de violência obstétrica são: injuriar, constranger, coagir, humilhar a mulher e sua família; fazer comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua situação socioeconômica, sua raça; realizar métodos sem esclarecimentos ou não considerar a recusa avisada; utilizar de forma inadequada técnicas para acelerar partos. Uma em cada cinco mulheres no cenário brasileiro sofre violência durante o trabalho de parto, conforme com uma pesquisa realizada em 2013 pela Fundação Perseu Abramo: "Mulheres brasileiras e gênero em locais privados e públicos". O conceito internacional em trabalho de parto determina qualquer ato ou intervenção direcionada as gestantes ou parturientes ou ao bebê, praticado sem a concordância explícita e informado e / ou desrespeitado de sua integridade física e mental, autonomia, anseios, escolhas e preferências (Riesco, 2014). A integridade corporal das mulheres e seu bem-estar psicológico não parecem ser determinantes relevantes para o sistema de saúde pública; as pesquisas realizadas a nível nacional sobre a satisfação das mulheres quanto à experiência do parto ainda são insuficientes. De outra expectativa, o desrespeito e abuso por parte dos profissionais de saúde contra as mulheres durante na fase do puerpério e no trabalho de parto também foi evidenciado pelo Teste de Violência Obstétrica, respondido por quase três mil mulheres em março e maio de 2013, em que metade das mulheres relataram estar insatisfeitas com a qualidade dos cuidados médicos e hospitalares recebidos para o nascimento do bebê (SILVA et al., 2014).

### DADOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Segundo o CFM, alguns estudos, como o Defining Term Pregnancy Workgrou3, organizado pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), constataram que bebês nascidos antes da 39ª

semana podem apresentar problemas de saúde e dificuldades alimentares. Diante dessa realidade, em 22 de junho de 2016, foi publicada no Brasil a Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina, CFM, que definia que a cesariana eletiva só poderia ser realizada a partir da 39ª semana. Antes da definição desse critério, os partos de 63500241300risco habitual poderiam ser realizados a partir da 37ª semana de gestação. (ALMEIDA, 2018)..

Assim, o agendamento prévio de cesarianas massivas, como na cidade de Trindade-GO, além de violar direitos e expor as mulheres ao risco de morte (Dias, M. & Machado, 2018), pode causar danos à saúde do bebê. Pelo fato da idade gestacional poder estar incorreta (Pereira et al, 2014) e estudos científicos indicarem que não é saudável um bebê ser submetido à cesariana antes da 39ª semana gestacional (ALVARENGA, 2016).

Em audiência pública realizada em 23 de outubro de 2018, o Ministério Público Federal reconheceu que a violência obstétrica é uma violência sexual contra a mulher e ressaltou que o alto índice de cesarianas é uma vergonha para o país, um crime contra as mulheres que estão expostas ao risco de morte (Dini, 2018). Ressalta-se que, com o advento da Lei Federal Brasileira nº 10.778/2003, a violência de gênero passou a ser considerado um agravo de saúde pública (Dias, M & Machado, 2018). Portanto, por meio de uma interpretação sistemática, conclui-se que a realidade enfrentada no Estado de Goiás, especialmente no município de Trindade, é um problema de saúde pública (CAMPOS, 2019).

**Durante o processo de parto, muitas mulheres são vítimas de abuso e tratamento desrespeitoso nas instituições de saúde.** Esta realidade, que afeta vários países do mundo, além de infringir os direitos das mulheres para um atendimento de qualidade, coloca sua integridade física em risco em um momento de extrema exclusividade (CAMPOS; PAGLIUCA. 2008).

Assim, além de um problema de saúde pública, há uma questão de direitos humanos. **Salienta-se que, a violência, seja física, emocional ou simbólica, produz um alto grau de sofrimento e, às vezes, apresenta de forma tão sutil que dificulta seu reconhecimento e, conseqüentemente, dá maior destaque ao sujeito.** Nesta perspectiva, a violência obstétrica abrange qualquer ação que produza **decorrências físicas e psicológicas negativas durante o processo natural de parto.** A maior parte do tempo, a sua materialização ocorre através de um tratamento desumanizado proveniente de profissionais de saúde (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Todas as mulheres têm o direito a uma vida sem violência e livre de discriminações. Contudo, a violência obstétrica se encontra ligada aos preconceitos de gênero, revelando uma grande dificuldade do acesso aos serviços de atenção obstétrica. Desta forma, passa a ser questionado o papel do profissional de saúde neste caso, o enfermeiro, no oferecimento de **condições mínimas para a paciente que venha sofrer com este quadro, seja evitando ou reduzindo os danos** (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).

No Brasil, uma pesquisa sobre mulheres brasileiras e gênero em espaços públicos e privados mostrou que 35% dos entrevistados foram vítimas de violência obstétrica. Outro estudo, desenvolvido em uma maternidade em São Paulo, Brasil, apresentou percentual similar, 28%. As expressões de violência foram descritas como procedimentos de autorização concedida por mulheres, como amniotomia artificial e enema. Ocorreu também erros no esclarecimento de dúvidas e proibição quanto à presença do companheiro (PROGIANTI; COSTA, 2008).

## 5 PROTEÇÃO E RESPEITO A VIDA DENTRO DAS MATERNIDADES

Cabe esclarecer que muitas legislações brasileiras são unificadas nesse sentido. Todos os pacientes têm direito à **informação clara, inclusive os pacientes surdos com garantias legais de acessibilidade e tratamento adequado nos cuidados de saúde** (BRASIL, 2002). Toda pessoa tem direito a consentir com qualquer tratamento ou intervenção a que seja submetido, salvo risco iminente de morte, conforme dispõe o artigo 15 do Código Civil (Brasil, 2002) e os artigos 22 e 24 do Código de Ética Médica, (ALMEIDA, 2018).

Apesar do direito à informação e ao consentimento estar consolidado no ordenamento jurídico, o Brasil ainda apresenta casos de violação extrema desses direitos no momento do parto, o que configura violência obstétrica. Essa questão será elucidada por meio de duas análises de casos que serão exploradas neste artigo. Segundo depoimento de vítimas em andamento ministrado na Associação de Mulheres Surdas e Deficientes Auditivas de Goiás no dia 4 de novembro de 2018, registrado em vídeo, muitas mulheres surdas não contam com intérpretes no momento do parto. Apesar dos direitos reprodutivos e do planejamento familiar, há incidência de esterilização por laqueadura tubária sem o consentimento do paciente surdo, o que demonstra uma clara violação do direito à informação e ao consentimento (Brito; Oliveira, 2020).

Outro caso extremo no Brasil, aqui descrito, refere-se à cidade de Trindade- GO, que possui uma população estimada em 125.328 habitantes (IBGE, 2018). Este município é marcado por um local onde as mulheres não têm a opção de parir por parto vaginal, pois os partos ocorrem apenas por procedimento cirúrgico, via **cesárea**. Ressalta-se que o único hospital público da cidade que realiza partos, o HUTRIN (Hospital de Emergência Trindade), oferece apenas cesáreas uma vez por semana e previamente agendadas (BRITO; OLIVEIR, 2020).

A **Constituição da República Federativa do Brasil** estabelece como direitos fundamentais que **todos são iguais perante a lei** e que **ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer** outra coisa senão em virtude da lei (Brasil, 1988). Assim, exceto em caso de risco de morte, ninguém pode ser obrigado a submeter-se

a tratamento médico ou intervenção cirúrgica (BRASIL, 2002).

A indução coletiva à realização de cirurgia cesárea constitui violação aos direitos reprodutivos de pacientes que dependem do sistema público de saúde do município de Trindade- GO. O desrespeito aos direitos humanos no momento do parto e a objetificação da mulher pela equipe de saúde configura a Violência Obstétrica.

## ORDENAMENTO JURÍDICO QUE AMPARA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Desde 1985, o Brasil discute a assistência adequada ao parto, ano em que sediou o encontro internacional e interdisciplinar entre a OMS e a Organização Pan- Americana da Saúde, na cidade de Fortaleza, CE. O evento acolheu vários profissionais que representavam múltiplas áreas da saúde, incluindo médicos, o que levou à redação do documento intitulado Tecnologias Apropriadas ao Parto (Costa, 2015).

Desde então, surgiram inúmeras leis que protegem mulheres e crianças. A Constituição Federativa do Brasil protege a maternidade, a infância e o planejamento familiar (Brasil, 1988). Em 1990, o Brasil reconheceu explicitamente o direito a um nascimento digno e a cuidados adequados para as mães com a promulgação da Convenção sobre os Direitos da Criança (Brasil, 1990). Ressalte-se que os direitos das pessoas com deficiência também são garantidos pela Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988). A acessibilidade à comunicação é garantida pelas Leis 10.098/2000 e 10.436/2002 (Dias, M. & Machado, 2018), bem como pelo Decreto nº 9.656/2018.

A falta de intérpretes na assistência à saúde prejudica o diagnóstico e a prestação adequada de serviços. Essa situação não ocorre apenas nas maternidades. Em 2018, o Ministério Público ajuizou Ação Civil Pública para que o Estado de Rondônia preste assistência à saúde aos deficientes auditivos por meio de intérprete de libras (SECOM, 2018). A comunicação é um pilar essencial para prestar o devido cuidado e salvaguardar os direitos à informação, à autonomia e ao consentimento do paciente (PIOVESAN, 2010). A Organização Mundial da Saúde recomenda que as mulheres sejam ativamente envolvidas no processo de tomada de decisão (OMS, 2014). Dessa forma, a barreira da inacessibilidade à comunicação prejudica os direitos das mulheres surdas (DINIZ; CHACHAM, 2016). Para melhorar a assistência ao parto, o Brasil adotou programas de boas práticas e boas condutas, que visam reduzir as mortes maternas e infantis, bem como reduzir o alto índice de cesarianas (SANTOS, 2016).

No ano de 2000, através da Portaria/GM nº569, de 06/01/2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar a assistência humanizada ao neonato, à gravidez, ao parto e ao puerpério, (Ministério da Saúde, 2011). Em 2014, a Portaria nº 371 de 2014 do Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2014).

Posteriormente, as diretrizes nacionais para assistência ao parto normal foram consolidadas pelo Ministério da Saúde com o apoio de inúmeros colaboradores. De referir que o grupo de redação foi composto por dez membros com a seguinte representação: 70 por cento de médicos, 10 por cento de enfermeiros obstetras, 20 por cento de outras áreas de apoio (Ministério da Saúde, 2017).

Apesar das diversas medidas para melhorar o parto ao nascer, o resultado não foi satisfatório (DINIZ; CHACHAM, 2016). Com isso, inúmeras mulheres passaram a denunciar abusos nas redes sociais e surgiram movimentos sociais para denunciar e divulgar fatos ocorridos durante o parto (CFM, 2018). Os movimentos sociais ganharam representatividade perante o poder público.

No documento produzido pelo Ministério da Saúde: Diretrizes Nacionais para a Assistência ao Parto Normal, o conselho consultivo foi representado pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Brasileira de Enfermagem, pelo Conselho Federal de Enfermagem, pela Associação Médica Brasileira, pela Federação Brasileira de Ginecologia e Associações de Obstetrícia, representantes de hospitais, bem como a ONG Artemis, a rede de mulheres Parto do Princípio, a Rede de Humanização do Parto e Nascimento, entre outras (Ministério da Saúde 2017). O Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu o parecer nº 32/2018 que reconhece a necessidade de legislação, normas e protocolos para alcançar um atendimento adequado na atenção à saúde da população

## 6 PARTO HUMANIZADO NA REDE DE SAÚDE

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde criada em 2011 tendo como objetivo implementação de estratégias que viabilizem o parto humanizado além de inserir novos modelos de atenção à saúde e cuidados da mulher e da criança, evitar qualquer tipo de desrespeito, violência para a gestante e também a mortalidade materna e infantil. Sendo realizada no Sistema Único de Saúde que consiste numa rede de cuidados que visa garantir 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.

Pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

Tem como componentes responsáveis: o **Pré-Natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral** a saúde da criança e sistema logístico, realizados todos de formas humanizadas. No pré-natal tem objetivo de garantir acolhimento total a gestante e a melhoria do atendimento, realização de exames para identificar de forma precoce se a algum tipo de risco a gestação/gestante e ser encaminhado rapidamente ao atendimento adequado, porém a equipa da Unidade Básica deve continuar acompanhando a gestante, outro fator importante é a realização de exames em tempo oportuno.

O pré-natal inicia logo quando descobre a gravidez, devendo ser realizado no mínimo seis consultas durante todo o período da gestação que será feito da seguinte forma: uma no primeiro trimestre da gravidez, **duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre**. Caso seja encontrado algum tipo de anormalidade durante as consultas passam a ser realizadas com mais frequências e acompanhada pelo médico sendo observado também se a gestante se encontra com alguma patologia pré-existente ou se a mesma adquiriu durante a gestação.

Quanto ao parto e nascimento é preciso realizar serviços de saúde que sejam práticos e seguros, aumento da disponibilidade de leitos obstétricos e neonatais, garantindo acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto e pós-parto imediato, atendimento rápido e de qualidade ao neonatal que se encontra em estado de risco. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde criou uma classificação das práticas comuns na realização do parto normal, orientando o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto.

O governo federal tem estratégias de ações que são desenvolvidas e fundamentadas a fim de reduzir taxas da mortalidade materno infantil no país. A Organização Mundial de Saúde tem como objetivos 4 e 5 que são: reduzir da taxa de mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, respectivamente. No Brasil a redução de mortalidade infantil em 1990 foi de 60,8 óbitos por mil nascidos vivos para 16,4 em 2015 (queda de 73%).

Mortalidade materna reduz em 58% entre 1990 e 2015, de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. O projeto rede cegonha foi implantado em 24 de junho de 2011 pelo Ministério da Saúde por meio da portaria de nº 1.459. É uma rede de ações para garantir e assegurar um atendimento de qualidade, fundamentado através das **diretrizes do Sistema Único de Saúde**.

A Rede cegonha garante a mulher o direito **ao planejamento reprodutivo e atenção a gravidez, parto e puerpério**, assegurando o crescimento e desenvolvimento saudável à criança até 24 meses de vida.

Nessa rede promovem-se quatro elementos que são: pré-natal; parto e nascimento; puerpério; e sistema logístico.

Nesse sentido, o projeto rede cegonha ampara quesitos imprescindíveis da assistência humanizada ao parto e nascimento, o que pode exemplificar com a **implantação de centros de parto normal**, garantindo acompanhamento por um profissional de enfermagem especialista em obstetrícia, onde dá a mulher o poder de exercer suas escolhas, resgatando o direito à privacidade e dignidade ao dar à luz.

Além disso, a Rede cegonha propõe colocar-se em prática desde a Unidade Básica de Saúde, a avaliação e classificação de risco na gestação. Assim como, preconiza-se no projeto, as **práticas de atenção ao parto e ao nascimento** na busca de garantia de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais, mantendo uma comunicação segura com a mulher durante este período da gestação.

Visa ações para a melhoria da qualidade da assistência no atendimento à mulher e a criança pela qualificação e valorização do serviço prestado pela enfermeira e com a vinculação da gestante a unidade e realização da prática humanizada a atenção ao parto e nascimento. Para garantir acesso de qualidade é importante reestruturação a atenção em direção à assistência humanizada e de qualidade, baseada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família. No período puerperal é quando ocorrem múltiplos fenômenos de natureza hormonal, psíquica e metabólica.

A assistência a puérpera deve ter início ainda em ambiente hospitalar e tendo como objetivo: promoção do aleitamento materno e junto da alimentação complementar saudável, orientar quanto ao planejamento familiar e acompanhar puérpera durante a primeira semana após o parto, realizar encaminhamento caso haja situações de risco, garantindo acesso a uma assistência de qualidade. Identificando a tempo uma possível depressão pós-parto devido ao estresse do parto, insegurança ou medo.

Em alguns casos, a fase puerpério pode ser percebida pela mulher como aflitiva, uma vez, desde o momento em que é internada em uma maternidade tudo se torna imprevisível e não familiar. A mulher solicita a compreensão dos profissionais de saúde em volta dela, e em geral isso não acontece como deveria. Por outro lado, a atuação de um profissional que atue de forma adequada durante a fase do puerpério pode ser uma medida capaz de diminuir as intervenções desnecessárias e de abusos, oferecendo um atendimento mais completo à parturiente e à sua família (RIESCO, 2014).

Por meio da Portaria do Departamento de Saúde no. 2815/98, o Departamento de Saúde incluiu o procedimento de "entrega sem distócia" ou entrega normal no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado pela enfermeira obstétrica, garantindo sua autonomia no atendimento obstétrico. Salienta-se que, a violência em relação a gestante em trabalho de parto e após o parto tem sido um condicionante motivador de desconforto, que aparece de modo justificados nas condições aspectos emocionais dos profissionais de saúde que prestam assistência obstétrica, nas condições de trabalho e no sistema de saúde que está instituído atualmente (AGUIAR; OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Contudo, critica o ativismo social e conclui que portarias, programas oficiais e mudanças frequentes na legislação do Sistema Único de Saúde questionam e diminuem a participação dos obstetras. Ele defende

que a implementação de políticas públicas de saúde priva o uso de condutas comprovadas e cientificamente comprovadas. Afirma ainda que a legislação sobre violência obstétrica transfere para o obstetra toda a responsabilidade pelo acesso ineficiente e precário aos cuidados de saúde, o que é feito de forma inconsequente

A legislação e os projetos de lei que buscam **prevenir, punir e erradicar a violência obstétrica** no Brasil não imputam apenas os profissionais médicos como agressores. As leis estaduais de Goiás nº 19.790/2017 e Santa Catarina nº 17.097/2017, bem como o **projeto de lei nº 7.867/2017**, trazem uma pluralidade de possíveis agentes agressores. A violência obstétrica é definida como o ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante, por doulas e até por terceiros.

Ressalte-se que o parecer do Conselho Federal de Medicina critica o **plano de parto**

Cabe esclarecer que o plano de parto trata de disposição de testamentos, apenas um direito consolidado de qualquer paciente (UNESCO, 2006). Como mencionado exaustivamente neste artigo, qualquer paciente tem direito à informação, ao consentimento para os procedimentos e intervenções a que será submetido (CFM, 2009). Portanto, o direito ao plano de parto não é uma regalia da gestante, é apenas uma forma prática de exercício do direito à autonomia e ao consentimento (Godinho, 2017).

## 7 COMO DENUNCIAR CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A assistência obstétrica violenta, sem respaldo científico e que em muitas vezes transgredir os direitos humanos fundamentais as mulheres, os quais estão atrelados ao modelo de parto vigente e ao despreparo, descuido e imperícia na prática de profissionais que atuam na obstetrícia, sejam médicos, enfermeiros ou profissionais técnicos em enfermagem e possibilitam refletir como estão sendo formados estes profissionais (Progiatti; Costa, 2008).

Neste contexto, é importante discorrer que há uma série de órgãos responsáveis que tem por finalidade apurar os casos de **violência obstétrica**. Nos casos de violência obstétrica a denúncia pode ser feita no próprio hospital, clínica ou maternidade em que a vítima teve atendimento, sendo possível também ligar para o disque 180, disque 136 ou para 08007019656 da Agência Nacional de Saúde Suplementar para realizar a reclamação para o atendimento do plano de saúde.

Tais órgãos buscam desenvolver e assegurar a concepção política e filosófica do cuidado e do conforto da parturiente que sofreu violência, ao reconhecer as rotinas e sua maleabilidade segundo a necessidade de quem cuida e quem é cuidado, assegurando a satisfação à mulher durante a fase de **puerpério**. É esperado também que, por estar próxima da mulher durante o período pós-parto, cuidando e confortando-a, para que o trauma da violência obstétrica seja superado e que a mesma tenha uma vivência seja saudável e condizente com a amplitude do nascimento de seu filho (Aguar; Oliveira; Schraiber, 2013).

Ademais, ainda é possível que seja acionado o Conselho Regional de Medicina ou o Conselho Regional de Enfermagem e até mesmo a Defensoria Pública ou Advogado particular em caso de ação judicial de reparação por **danos morais e/ou materiais**. No processo de apuração da existência de algum crime, como lesão corporal, a vítima pode ainda procurar a polícia. Nesta situação o Ministério Público estadual irá intervir para responsabilizar os responsáveis e zelar para que outras mulheres não passem pelo constrangimento ou qualquer tipo de **violência**.

Para que o uso de procedimentos de cuidado e **conforto durante o trabalho de parto e parto** sejam efetivamente implementados nas maternidades, necessita-se do empenho, em especial do enfermeiro, em perceber sua relevância para a parturiente que passou por uma violência parturiente, o bebê e, por conseguinte, para toda a equipe de saúde e a instituição, ao reduzirem as intervenções cirúrgicas.

Ressalte-se que a parturiente tende a valorizar a oportunidade de escolha e, ao sentir-se apoiada e confortada, está mais receptiva ao relacionamento com a equipe de saúde envolvida e a viver de forma plena o processo do parto (WOLFF. WALDOW, 2008).

Deste modo, as políticas de prevenção da violência obstétrica visa integrar em suas ações e práticas de cuidado de enfrentamento e de prevenção dos insultos e abusos nas situações de violência obstétrica.

Requerendo assim um modelo assistencial à saúde das parturientes que acolham, identifique, promovendo assim a saúde e a superação das **consequências da violência** (Progiatti; Costa, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo geral deste trabalho que foi de qual o processo para viabilizar meio de comunicação entre as partes e a compreensão dos danos ocasionados pela violência obstétrica em parturiente, pode-se observar que o cuidado oferecido na área obstétrica é aquele que oferece assistência, proteção, apoio com o **mínimo de intervenções imprescindíveis**.

Entretanto, se constata que os profissionais envolvidos na fase do puerpério apresentam condutas não apropriadas, tais como: linguagens violentas, métodos desnecessários e ainda tiveram que enfrentar o despreparo institucional para a realização do parto. Embora dos esforços em torno da humanização da assistência, persiste uma assistência onde predomina o abuso poder e, com isso, apreende-se, contudo, que essa dominação ultrapassa e recai na desumanização, instituindo-se em atos de **violência**.

As estratégias metodológicas utilizadas neste percurso foram a revisão da literatura através da análise de artigos científicos, doutrina e livros que pautaram seus estudos no tema em questão e ajudaram a atingir os objetivos propostos na presente pesquisa.

Diante dos resultados encontrados, observa-se que a violência obstétrica tem sido apontada em alguns estudos como resultante da própria precarização do sistema de saúde, porquanto em alguns momentos, o reconhecimento de abusos, humilhações e maus-tratos são percebidos e denominados como violência e em outros momentos, são apreendidos como comportamentos indispensáveis ao trabalho, como parte do cumprimento da autoridade profissional. O uso da violência obstétrica como um recurso empregado na relação profissional/paciente reflete o enfraquecimento dos embasamentos do poder e da autoridade médica.

O processo para alcançar a efetividade do direito a um nascimento digno encontra resistência não apenas em cidades do interior como Trindade, mas também em nível nacional. Por exemplo, contrariando as evidências científicas e as políticas públicas, o Deputado Federal Professor Victorio Galli propôs a Lei nº 5.887/2016 na tentativa de derrubar a resolução do Conselho Federal de Medicina e autorizar a cesariana após 37 semanas. Projeto que foi rejeitado pelos comitês de mérito e posteriormente arquivado.

Após o que foi constatado no presente estudo, identificou-se a necessidade de pesquisas futuras que fomentem sobre a [conduta dos profissionais de saúde](#) que atuam na área da obstetrícia, para que estes possam assumir uma conduta como educadores que compartilham saberes, procurando devolver à parturiente a sua autoconfiança para aproveitar-se da gestação, o parto e o puerpério. Destaca-se que, a violência obstétrica tem uma apreciação ampla, a cultura de abuso do corpo da mulher e com a sua dignidade de forma desrespeitosa e intervenções dispensáveis na gestação, durante o trabalho de parto, pós-parto, sem informá-la e sem o seu assentimento, visando categorizar todos os métodos, físicos ou não, pelos quais as mulheres enfrentam. Os casos de agressões verbais, recusa de atendimento, limitação de acompanhante, raspagem de pelos, episiotomia e afastamento de mãe e bebê saudável após o nascimento estão entre os fatores da enorme lista de violências obstétricas vivenciadas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcélia Ferreira de. *A violência obstétrica como afronta aos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2018.

ALVARENGA, Sarah Pereira. *Violência Obstétrica: como o mito parirás com dor afeta a mulher brasileira*. Três Corações: Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 2016.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a [Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984](#). Disponível em: . Acesso em 05 set. 2023.

BRASIL. [Constituição da República Federativa do Brasil](#): promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 15 dez. 2012.

BRITO, Cecília Maria Costa de; OLIVEIRA, Ana Carolina Godim de Albuquerque; [COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque](#). *Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro*. Brasília: [Cadernos Ibero- Americanos de Direito Sanitário, 2020](#).

CAMPOS, Carmen Hein de. *Públicas e histórico dos Direitos Reprodutivos no Brasil*. Legislação, Políticas In: CAMPOS, Carmen Hein de; OLIVEIRA, Guacira Cesar de *Saúde Reprodutiva das Mulheres direitos, políticas - públicas e desafios*. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009. (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo).

CAMPOS, Carmen Hein de. *Legislação, Políticas Públicas e histórico dos Direitos Reprodutivos no Brasil*. In: CAMPOS, Carmen Hein de; OLIVEIRA, Guacira Cesar de *Saúde Reprodutiva das Mulheres direitos, políticas - públicas e desafios*. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2019. (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo). Disponível em: <<https://repositorio-api.animaeducacao.com.br/server/api/core/bitstreams/9c0a59b9-4878-4686-ad11-110147239cef/content>>. Acesso em: 29 nov. 2023.

DINIZ, Simone; CHACHAM, Alessandra. *O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesária e episiotomias em São Paulo*. São Paulo: Questões de Saúde Reprodutiva, 2016.

GODINHO, Adriano Marteleto. *Responsabilidade civil, novas tendências: A responsabilidade civil dos profissionais da saúde pela violação da autonomia dos pacientes*. Indaiatuba: Editora Foco, 2017.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Responsabilidade Civil 18. ed.. São Paulo: Saraiva, 2018.

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 [online]. 2014, vol.30, suppl.1 [citado 2021-05-05], pp.S192-S207. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 01 set. 2023.

OLIVEIRA, Isabela Risso. Violência obstétrica: Violação ao protagonismo e aos direitos da mulher na experiência de parir. 2018, 115p. Monografia de Conclusão de Curso. Área de concentração: Direito. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Franca, 2018.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 4. ed. São Paulo: Max Limonad, 2010. p. 54-55.

SANTOS, Anna Marcella Mendes dos. Violência obstétrica: relações entre gênero e poder. 2016. Disponível em: <[https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=16211](https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=16211)>. Acesso em: 03 set. 2023.

ZENTI, Luciana. Hospitais descumprem Lei de Acompanhante no parto. 2020. Disponível em: . Acesso em: 02 set. 2023.  
6647244435250  
PAGE 17

#### Aviso:

☐ Não é recomendado utilizar percentuais para medição de plágio, os valores exibidos são apenas dados estatísticos. Essa análise considera citações como trechos suspeitos, apenas uma revisão manual pode afirmar plágio. Clique [aqui](#) para saber mais.

#### Estatísticas:

Expressões analisadas: 2113  
Buscas Realizadas na Internet: 756  
Buscas Realizadas na Computador: 0  
Downloads de páginas: 71  
Downloads de páginas malsucedidos: 128  
Comparações diretas com páginas da internet: 82  
Total de endereços localizados: 94  
Quantidade média de palavras por busca: 9,2

#### Legenda:

▲ Endereço validado, confirmada a existência do texto no endereço marcado.  
Expressão não analisada  
  
Expressão sem suspeita de plágio  
  
Poucas ocorrências na internet  
  
Várias ocorrências na internet  
Muitas ocorrências na internet  
Poucas ocorrências na base local  
  
Várias ocorrências na base local  
  
Muitas ocorrências na base local

#### Configurações da análise:

Limite mínimo e máximo de palavras por frase pesquisada: 8 a 13  
Nível da Análise (quantas vezes o documento foi analisado): 3

Analisado por [Plagius - Detector de Plágio 2.7.1](#)  
quarta-feira, 6 de dezembro de 2023 18:19