

Índice

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CASO MÃES ÓRFÃS EM BELO HORIZONTE.....5

ÉTICA MÉDICA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PESQUISA SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE.....35

Introdução.....36

Percursos Metodológicos de Pesquisa38

Apresentação dos Resultados Obtidos41

Discussão dos Resultados45

Conclusão.....52

Referências53

POLÍTICAS NEOLIBERAIS NA SAÚDE PÚBLICA E ASSISTÊNCIA PERINATAL: AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS SOFRIDAS POR MULHERES NEGRAS E POBRES55

1 INTRODUÇÃO.....56

2 O DISCURSO DA AUSTERIDADE E AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS 59

3 POSSÍVEIS RELAÇÕES DAS POLÍTICAS NEOLIBERAIS COM A PRÁTICA DE VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS CONTRA AS USUÁRIAS DO SUS68

CONSIDERAÇÕES FINAIS75

REFERÊNCIAS.....77



A ATUAÇÃO DO PROJETO NASCER EM SANTARÉM-PA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SANTARÉM: PARCERIA COM O MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL-PA1

1	INTRODUÇÃO.....	2
2	METODOLOGIA.....	4
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	5
4	CONCLUSÃO.....	18
5	REFERÊNCIAS.....	20

Rodas de conversa nas unidades básicas de saúde de Santarém/PA como estratégia de debate sobre violência obstétrica21

1.	INTRODUÇÃO.....	22
2.	METODOLOGIA.....	25
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
5.	REFERÊNCIAS.....	38

AS PRODUÇÕES DE MATERIAIS AUDIOVISUAIS COMO UM MÉTODO DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:39

1.	INTRODUÇÃO.....	40
2.	METODOLOGIA.....	42
3.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	43
3.1	O Direito à Informação no Contexto do Enfrentamento à Violência Obstétrica.....	43
3.2.	Projeto de Extensão e Pesquisa Direito das Mulheres e Violência Obstétrica (Nascer em Santarém).....	46
3.3.	Produção de Materiais Audiovisuais e o Acesso à Informação.....	51
4.	CONCLUSÃO.....	63
5.	REFERÊNCIAS.....	64



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM CAMPO GRANDE - MS: UMA ANÁLISE SOBRE A VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER DURANTE A ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO	65
AGRADECIMENTOS	69
RESUMO	73
ABSTRACT	74
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	75
LISTA DE TABELAS	76
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	77
2 CONTEXUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	80
2.2.1 Violência de Caráter Psicológico	92
2.2.2 Violência de Caráter Físico	93
2.2.3 Violência de Caráter Sexual	94
2.2.4 Violência de Caráter Institucional	96
2.2.5 Violência de Caráter Material	97
2.2.6 Violência Obstétrica e Erro Médico	97
2.4.1 Da Dignidade da Pessoa Humana	103
2.4.2 Da Liberdade e da Autonomia da Mulher	105
2.4.3 Do Acesso à Informação	106
2.4.4 Da Integridade, da Saúde e da Vida	108
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM CAMPO GRANDE - MS: ANÁLISE DE CASOS CONCRETOS	109
4 POSSÍVEIS CAUSAS E ALTERNATIVAS PARA REDUÇÃO / ELIMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	141



4.1.1	Violência Obstétrica como uma forma de Violência contra a Mulher	141
4.1.2	A Formação dos Profissionais da Saúde	144
4.1.3	O Excessivo Crescimento do Parto Cirúrgico e a Epidemia de Cesarianas no Brasil.....	147
4.2.1	A Humanização do Parto	153
4.2.2	Intervenções na Formação dos Profissionais da Saúde	159
4.2.3	Assistência Segura	160
4.3.1	Responsabilidade Administrativa	162
4.3.2	Responsabilidade Civil	165
4.3.3	Responsabilidade Penal.....	168
5	CONCLUSÃO	171
	REFERÊNCIAS.....	173
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	194
	APÊNDICE B – TCLE FÍSICO	197
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	197
	APÊNDICE C – TCLE ONLINE.....	199
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	202
	ANEXO B – TERMOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA PARACOLETA DE DADOS	207
	ANEXO C – DEPOIMENTOS	209



A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CASO MÃES ÓRFÃS EM BELO HORIZONTE

Ana Clara Matias Brasileiro

anaclara.matiasbrasileiro@gmail.com

Isabella de Araújo Bettoni

isabellabettoni2@gmail.com

RESUMO: Existe em Belo Horizonte prática institucional de afastamento compulsório de bebês e suas mães em situações de vulnerabilidade, em geral, ainda na maternidade, logo após o nascimento. Esta prática, identificada por movimentos contrários como Mães Órfãs, viola direitos das mulheres e das crianças. Este artigo busca, a partir de análise bibliográfica e documental, identificar em quais aspectos a retirada de bebês implica a ocorrência de violência obstétrica. Ao final, concluiu-se que tais normativas provocam violação de sigilo médico e quebra de confiança, gerando medo e conseqüente afastamento das mulheres da rede de saúde. Assim, ao privar as mulheres do atendimento adequado pré-natal e durante o parto, elas e seus bebês são colocados em situação de risco. Ademais, a retirada é uma violência simbólica, com recorte de raça e classe, à autonomia das mulheres em relação ao seu próprio corpo e escolha e acesso aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

PALAVRAS-CHAVE: Mães Órfãs. Violência Obstétrica. Políticas públicas.



**COSTURAS ENTRE PARTO, MULHERES E VIOLÊNCIA(S):
seria possível parir novas possibilidades?**

Paula Dalla Costa Siqueira

Porto Alegre2019



PAULA DALLA COSTA SIQUEIRA

**COSTURAS ENTRE PARTO, MULHERES E VIOLÊNCIA(S):
seria possível parir novas possibilidades?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Metodista IPA, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Professora Orientadora: Dr^a. Lutiane de Lara

Porto Alegre 2019



Congresso Nascer Direito – Todos os Direitos Reservados

RESUMO

O parto vem sendo construído ao longo da história como expressão de relações de poder e de construções sociais, carregada de aspectos simbólicos, culturais e religiosos. A partir deste olhar, objetiva-se mapear os processos de subjetivação no contexto de parto e maternidade, tendo em vista problematizar a violência obstétrica e seus efeitos para as mulheres. Para tanto, utilizou-se como metodologia o estudo de caso e como ferramenta de coleta de dados a entrevista semiestruturada, ouviram-se oito mulheres (sendo quatro delas com experiências de parto e quatro profissionais da assistência). Costuramos as narrativas das mulheres com o caminhar do parto na história, e nessa lógica, nos propusemos a pensar um *devir-grávida* como um caminho possível e potente para a mulher gestante, como uma possibilidade de vir- a-ser grávida com inúmeras formas de expressão.

Palavras-chave: Parto; humanização do nascimento; violência obstétrica; *devir-grávida*.

ABSTRACT

Throughout history, childbirth has been built as an expression of power relations and social constructions, permeated by symbolic, cultural and religious aspects. From that, the processes of subjectivation in the context of childbirth and maternity will be mapped out, aiming to discuss obstetric violence and its effects for women. For this purpose, case study methodology was utilized along with semi-structured interviews for data collection. Eight women were interviewed (four of them had childbirth experience, and the other four were assistance professionals). We linked the women's narratives to the path of childbirth in history and, by these means, we proposed to think about a *becoming-pregnant* as a possible and powerful path for the pregnant woman, as a possibility to become pregnant with many forms of expression.

Keywords: Childbirth; birth humanization; obstetric violence; *becoming-pregnant*.



INTRODUÇÃO

Gestar, parir, amamentar, maternar... Seriam eles aspectos instintivos e pertencentes a uma natureza feminina e inata na vida mulheres? Ou relativos, em grande parte, a um comportamento social, variável de acordo com a época e os costumes? Podemos compreender o parto, por exemplo, como um evento histórico, com diferentes atravessamentos sociais, culturais, emocionais e socioeconômicos, constituindo uma prática com inúmeras formas de expressão, assim como a gestação, a amamentação e a maternagem.

A partir das contribuições de Badinter (1980), Ariès (1986) e Diniz (1996) é possível analisarmos esses aspectos, citados acima, como uma construção social. Badinter (1980) em sua obra *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno* desconstrói a noção de instinto materno de amor, compreendendo-o apenas como um sentimento humano como qualquer outro, incerto, frágil e imperfeito; podendo existir ou não, aparecer ou desaparecer, mostrar-se forte ou frágil, contrariando a crença e o mito de um instinto de mãe inscrito na natureza feminina. Diniz (1996), também nos aponta para a necessidade de analisarmos o parto e a reprodução para além de uma tradução naturalista, e sim como uma expressão de relações de poder e de construções sociais, carregada de aspectos simbólicos, culturais e religiosos. Nessa perspectiva, a produção de subjetividade é tomada neste trabalho como sendo a maneira como o sujeito se percebe no mundo, e como tal, se compõe em um campo social, rizomático; está sempre em construção, é inacabada e fabricada a todo o momento (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Outro campo importante nas produções acerca da maternidade refere-se à *violência obstétrica*, e, levaremos em conta esse conceito para pensarmos nas possíveis experiências traumáticas relacionadas a esses eventos. Reconhecida como um problema de saúde pública (OMS, 2014), a violência obstétrica tem sido abordada em pesquisas acadêmicas e na formulação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil, devido ao seu alto índice de ocorrências. Sabe-se que as mulheres sofrem com desrespeito e maus-tratos cotidianamente e independentes de seu momento de vida, no entanto, durante a gestação – principalmente no parto e puerpério – elas encontram-se ainda mais vulneráveis. A partir do anseio em falar dessa forma de violência tão silenciosa e presente em nosso país, principalmente, a partir das experiências que tive ao trabalhar como *doula*¹ no ano de 2018 surge o desejo em falar sobre esses temas neste Trabalho de Conclusão de Curso.

¹ Profissional que acompanha mulheres em seus momentos de gestação, parto e puerpério. Seu trabalho consiste em fornecer informações baseadas em evidências científicas, formas naturais de alívio de dor, apoio físico e



A violência obstétrica traz a emergência dos discursos sobre *humanização do parto* e as construções sociais que se dão desde esse movimento. Esse conceito surge no Brasil no final do século XX, juntamente com as denúncias de violência e constrangimento que ocorrem na assistência ao nascimento, fomentando o crescimento de políticas públicas em prol da humanização, através de programas e leis instaurados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

De acordo com as perspectivas de uma construção histórica e social vemos que diferentes discursos passam a compor diferentes cenas de parto, formas de maternagem e violência obstétrica. Foucault (1982), nos inquieta a pensar sobre as condições de possibilidades para que determinados modos de existência sejam possíveis, tendo em vistas as práticas que sustentam as relações de saber-poder entre as pessoas. É a partir dessas inquietações promovidas pelo autor que enunciamos a seguinte questão de pesquisa: *Como a produção discursiva sobre o parto e a maternidade subjetiva as mulheres? Há ligação entre esses discursos e a produção de violência no momento do parto?* Em vista disto, analisaremos a partir de um olhar histórico as andanças do parto e as formas de assistência prestada a ele ao decorrer da história, a fim de mapear os processos de subjetivação no contexto de parto e maternidade, tendo em vista problematizar a violência obstétrica e seus efeitos para as mulheres. Assim como, questionar a naturalização dos conceitos e práticas relacionados a tais processos.

Para isto, utilizou-se como método a pesquisa qualitativa a partir de um estudo de caso que consiste em um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Seus resultados, de forma geral, são apresentados na condição de hipóteses, não de conclusões (GIL, 1991). A técnica utilizada para coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada com quatro mulheres que tiveram partos (com nomes fictícios: *Clara, Liz, Esmeralda e Aurora*), quatro profissionais que prestam assistência: duas enfermeiras obstétricas (*Helena e Cecília*) e duas doulas (*Moara e Guadalupe*). As perguntas tiveram um roteiro previamente estabelecido (ANEXO A) e foram realizadas no período de janeiro a abril de 2019, no município de Porto Alegre/RS. Os casos que compõem o estudo foram selecionados a partir do acesso que tive ao trabalhar como doula no ano de 2018. Além disso, os dados obtidos nas entrevistas foram analisados através de uma Análise de Discurso, técnica que procura compreender a língua fazendo sentido enquanto um trabalho simbólico, buscando entender o discurso do sujeito a partir daquilo que

psicológico, presença, afeto e cuidado. A doula não executa qualquer procedimento médico, não faz exames e não cuida da saúde do recém-nascido.



constituiu sua história, analisando não apenas a palavra ou gramática, mas como ela caminha sobre sua narrativa (ORLANDI, 2001). O projeto deste trabalho foi aprovado de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Metodista – IPA (ANEXO C).

Na primeira seção deste trabalho serão analisadas as cenas de parto construídas e registradas ao decorrer da história, caminhando entre as concepções da Antiguidade, Idade Média, Modernidade aos movimentos contemporâneos de medicalização do corpo feminino, salientando o surgimento dos procedimentos de rotina e da cesárea. Finalizaremos com a noção de parto enquanto um ato sexual, ideia que começa a ser discutida no século XX. A partir de outros olhares e novas concepções, a segunda seção discorrerá a respeito das mudanças de práticas na assistência ao parto pelo mundo e o caminhar da humanização no Brasil, questionando as práticas que antes eram consideradas adequadas. Partindo de um determinado momento histórico, essas práticas passaram a ser consideradas violência contra as mulheres em processo de parturição, olhando especialmente para as políticas públicas desenvolvidas em nosso país. E por fim, na última seção abordaremos o conceito de violência obstétrica, seu surgimento e atravessamentos, interligando tais compreensões com os relatos das mulheres-mães entrevistadas.



2 CENAS DE PARTO: O QUE AS COMPÕEM?

2.1 O PARTO NOS TEMPOS ANTIGOS

Segundo Rezende (1974), uma das primeiras referências ao ato de partejar na antiguidade é encontrada no livro de Êxodo da Bíblia Sagrada:

O faraó, rei do Egito, deu a seguinte ordem às parteiras hebreias Sifrá e Puá: 'Quando ajudarem as hebreias a dar à luz, prestem atenção durante o parto. Se for menino, matem o bebê; se for menina, deixem que viva'. Mas as parteiras temiam a Deus e se recusaram a obedecer à ordem do rei; assim, deixaram os meninos viver. Então o rei do Egito mandou chamar as parteiras e lhes perguntou: 'Por que fizeram isso? Por que deixaram os meninos viver?'. 'As mulheres hebreias não são como as egípcias', responderam as parteiras ao faraó. 'São mais vigorosas e dão à luz com tanta rapidez que não conseguimos chegar a tempo'. Deus foi bondoso com as parteiras, e os israelitas continuaram a multiplicar-se e tornaram-se cada vez mais fortes. E, porque as parteiras temeram a Deus, ele deu a cada uma delas a sua própria família. Então o faraó deu a seguinte ordem a todo o seu povo: 'Lancem no rio Nilo todos os meninos hebreus recém-nascidos, mas deixem as meninas viver'. (ÊXODO, cap. 1, v. 15-22)

A passagem acima conta a história da desobediência das parteiras às ordens do Faraó no período em que o povo hebreu esteve cativo no Egito, por volta de 1750 a.C. Na cena de parto das hebreias os homens não estão presentes pela crença de que a menstruação e os *lóquios*² eram impuros e o contato com eles tornaria também impuro quem os tocasse (DA COSTA, 2002). Nessa época, é possível analisarmos a relação estabelecida com o corpo do sujeito mulher enquanto algo sujo, impuro e com a troca de conhecimentos e cuidados apenas entre as próprias mulheres.

Ainda na cultura egípcia, vemos a grande relação entre os cuidados relativos à saúde e as atividades religiosas. O politeísmo imperava. Deuses e deusas eram cultuados e detinham grande poder sobre a população. Várias divindades eram relacionadas a esse momento de vidas das mulheres. Segundo Diniz (1996, p. 42):



Ísis era entre os egípcios a deusa protetora da medicina, da espécie humana, da magia, dos encantamentos, da fecundidade, da maternidade, e protetora das mulheres em todos os problemas peculiares ao sexo. Além dela havia outras divindades, como Anuket, deusa da fertilidade; Bes, protetora do parto; Hat-Hor, patrona das grávidas, Hequet, deusa do berço, e Nekhbet, que presidia o processo da parturição, puerpério e amamentação, entre outros.

Ou seja, havia uma estrita ligação entre os “eventos” relacionados ao corpo e seus desdobramentos com o culto a determinado(a) Deus(a). Já na Grécia Antiga, a atenção a gestação e ao parto era uma prática denominada *maiêutica*. Do grego, *maieutikós*, “concernente ao parto”, e a raiz, maia que traduz-se por “parteira, ama ou avó”. As mulheres que se dedicavam a essa prática tinham como costume visitar as gestantes antes do parto e as orientavam a ter uma boa alimentação, evitar o excesso de sal e álcool e a fazerem exercícios durante o ciclo gestacional. Durante o parto, a *maieuta* supervisionava o uso de medicamentos e realizava trabalhos religiosos, conduzindo encantamentos às deusas da gravidez e do parto, se necessário (DINIZ, 1996). Essa expressão criada por Sócrates no século IV a.C. teve como inspiração a profissão de sua mãe, Fenarete, que era parteira.

Estava nas atribuições da maieuta arranjar e celebrar casamentos, escolhendo as parceiras mais adequadas, e elas tinham grande saber afrodisíacos. [...] Fazendo analogia com o ofício de sua mãe, Fenarete, também praticava de forma muito competente e respeitável, Sócrates diz a Teeteto ter o mesmo ofício, apenas que, em vez de ajudar a mulher a dar à luz as pessoas, ajuda os homens a dar à luz as idéias. Sócrates chama esse método filosófico de maiêutica (DINIZ, 1996, p. 55).

Portanto, Sócrates buscou ampliar o sentido da prática maiêutica, afim de transpô-la a uma concepção de dar à luz a ideias, conceitos e filosofias; e assim como as maieutas, auxiliarnos nascimentos – de ideias – e avaliar quais deveriam ser expostas ou abandonadas.

Também entre as romanas, a assistência ao parto estava muito relacionada às deusas genitais, segundo Diniz (1996). O “culto obstétrico popular”, por exemplo, era ofertado à

² Corrimento contendo grande quantidade de sangue que ocorre após um parto vaginal, de origem uterina. Pode acontecer apenas no primeiro mês ou por volta de 40 dias.



Lucina Dea (deusa que dá a luz). Spalding (1991) aponta que a derivação *lux*, “luz”, presente no nome da deusa Lucina derivou a expressão “dar à luz” presente até hoje em nosso vocabulário. Como vemos na Figura 1 (ANEXO B), o ato de parir, encerrado em quartos apenas com mulheres, dava-se de forma verticalizada (sentada, em pé, de cócoras) – imagem muito representada nas obras de arte e esculturas da época, sendo uma prática realizada pela maioria das mulheres de todas as raças e culturas: a posição vertical durante o trabalho de parto e parto (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

O ato de partear entre as culturas antigas, mesmo com suas diferenças culturais, apresenta-se com uma forte marca: a presença das divindades femininas nos rituais de parturição. A religiosidade e o misticismo caminhavam lado a lado com os saberes sobre o corpo, dando voz às crenças religiosas da época. Ao ouvirmos o relato de algumas mulheres com relação aos seus partos vemos essa forma de cuidado se expressando até mesmo nos dias de hoje. *Aurora*, de 45 anos, que teve seus filhos com 18 e 22 anos, nos conta:

No primeiro parto senti que não fui muito bem tratada, tinha um sentimento de ‘te vira’. Totalmente desinformada e abandonada, com dor, só esperando a criança nascer. Já a minha segunda gestação foi totalmente diferente. Eu tive um acompanhamento na entrada do hospital até a hora que eu saí. Eu tive que fazer cesárea, porque tive um parto bem complicado. Teve uma psicóloga que conversou comigo, porque eu tava quase entrando em depressão. Me orientou, foi me explicando os procedimentos, sobre a maternidade e aquilo foi me acalmando. [...] A minha gestação foi de risco, daí eu tomei três anestésias, três picadas na coluna, e na minha cabeça só passava que eu não queria ficar paraplégica. Então eu acho que pelo nervosismo, as anestésias não pegavam. Daí a psicóloga veio, me abraçou e disse bem assim: ‘Tu acredita em algum anjo?’ e eu disse ‘acredito’, e ela me disse ‘então entrega teu filho pra ele’. Eu lembro como se fosse hoje ela falando pra mim, daí a anestesia pegou (se emociona ao relembrar). (Aurora, 45 anos).

Essa compreensão de parto enquanto um evento espiritual se mostrou presente também no discurso da primeira doula entrevistada, *Moara*:



Eu costumo dizer, a partir da forma como eu vejo e me relaciono com o parto, que ele é um grande portal. Uso muito essa denominação, pois quando a mulher se abre pra se autoconhecer e entender que através da gestação ela está gerando não apenas um novo ser, mas está materializando um ser espiritual, o parto se transforma em algo muito potente energeticamente. [...] pode ser inclusive um momento de cura para essa mulher. Vejo dessa forma, pois pra mim foi assim. Uma criança nascendo não é apenas um evento social, mas um evento espiritual e mágico. (Doula Moara, 41 anos).

2.2 O PARIR NA IDADE MÉDIA ÀS CONSTRUÇÕES DE UM PARTO MODERNO NOOCIDENTE

A partir da queda do Império Romano e à ascensão da Igreja Católica na Idade Média, é possível relacionarmos o ato de partear e o saber relacionado à reprodução e perpetuação da vida humana intrinsecamente ligado à cosmovisão judaico-cristã que se estabeleceu na cultura ocidental. A passagem de uma crença politeísta para a lógica teocêntrica coloca o homem como pilar da constituição da família ideal da época. O homem era, então, percebido como superior à mulher e à criança, diferença concebida como inerente à natureza humana, que o dotaria de uma autoridade natural sobre a esposa e os filhos (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Essa visão de mundo e relações de poder entre os sexos acabou por gerar uma misoginia profunda e discriminação com o feminino, sua sexualidade e capacidade de gerar vida. A infertilidade era tida como uma punição e a culpa, sistematicamente atribuída à mulher (DA COSTA, 2002). De acordo com Rezende (1974), a atribuição do masculino como principal figura para a sociedade passa a ser também expressada na própria assistência ao parto. Quando solicitado pelas parteiras em partos mais complexos, os parteiros-sacerdotes eram chamados, e assim, a atuação do homem na cena de exclusividade feminina passa a ganhar espaço na Idade Média.

Nos primeiros séculos do Cristianismo, houve um intenso florescimento das mulheres em suas atividades como curadoras, especialmente entre as aristocratas, das mais variadas religiões. Elas estiveram envolvidas nesse trabalho e na criação dos serviços de assistência ao parto, sendo um evento rodeado do feminino (Figura 2 e 3 – ANEXO B) (DINIZ, 1996). No entanto, essa assistência fornecida pelas mulheres passa a inquietar a lógica governamental da época, pois além das



parteiras auxiliarem no processo de parir, eram também mulheres benzedeadas e curandeiras, utilizavam de receitas mágicas para aliviar a dor, talismãs, crenças e orações. Elas possuíam um saber para além das técnicas médicas e tinham grande relação com as deusas ligadas à reprodução e à sexualidade feminina. Inicia-se então um período de grande intolerância religiosa, a Inquisição, entre os anos 1563 a 1727 (BRASIL, 2010). Intensa perseguição do Estado e da Igreja às feiticeiras, entre elas, muitas parteiras. De acordo com da Costa (2002, p. 26):

A arte de partejar, acumulada pelas parteiras durante séculos, vai se transformar em arma poderosa contra elas próprias durante quatro séculos de inquisição em que as suas práticas são associadas à heresia e fatalmente vão levá-las à morte nas fogueiras.

O período de Caça às Bruxas compôs uma estratégia política do Estado e da Igreja para monopolizar os saberes acerca de curas de doenças, para legitimá-lo como um saber médico. No advento do Renascimento e o crescimento das universidades – sendo frequentada apenas por homens – a construção do campo da medicina tornou-se uma profissão exclusivamente masculina, embasada na produção de conhecimento técnico e acadêmico.

Com isso, as parteiras sobreviventes à chacina da Inquisição passam a ser uma ameaça ao monopólio do saber.

Nessa mesma lógica, ao final do século XVI, o cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540–1596) instrumentaliza o ato de partejar através da criação do fórceps obstétrico, instrumento que viria “auxiliar” o nascimento. A ideia de parto como um ato controlado pela vontade divina é mudada para noção do parto como um ato controlado pela vontade humana (OSAVA; TANAKA, 1997). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 26):

O nascimento da obstetrícia como disciplina científica ocorreu na França, nos séculos XVII e XVIII, tornando-se uma especialidade da medicina. Isto viria a desapropriar, paulatinamente, as parteiras do direito de exercício de seu ofício e negar a validade de seu saber, consolidando a entrada dos homens no cenário do parto. Acirram-se os conflitos entre os médicos e as parteiras/obstetizes e a disputa entre estes dois atores pela assistência ao parto, conflitos estes que persistem até os tempos atuais.



Com isso, sob a influência da escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau (1637-1709), médico francês do século XVII, mais uma importante mudança apresentou-se às mulheres grávidas: o parir deitada. A introdução do parto horizontal apenas verticalizou ainda mais as relações de poder sobre o corpo da mulher. A partir da afirmação de que a posição reclinada seria mais confortável à parturiente e, para o profissional que assiste o parto, a posição supina – ou litotômica – que inicialmente era usada apenas no momento de nascimento, passou a ser indicada para todo processo de trabalho de parto e dilatação cervical. O aumento do uso de fórceps e da prática das cirurgias, a partir do século XVIII, parece ter sido também importante fator na manutenção das posições reclinadas (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007; MAIA, 2010).

Tal iniciativa emergente no século XVII permanece sendo aplicada nas práticas hospitalares hoje em dia. Mulheres são colocadas deitadas e, na maioria das vezes, com punção venosa – introdução de uma agulha na veia para injeção de medicamentos ou soro – perdendo assim, a possibilidade de movimento. Segundo Mamede, Mamede e Dotto (2007), essa prática passou a ser questionada posteriormente, na década de 80, durante a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, ocorrida no Brasil e promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual destaca-se: “Não se recomenda colocar as parturientes em posição de litotomia dorsal durante o trabalho de parto e parto. Deve-se encorajar a mulher a andar durante o trabalho de parto, e cada mulher deve ter a liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parindo]” (OMS, 1985, p. 437).

Para *Clara*, mulher e mãe que passou por um parto onde foi lhe solicitado que ficasse nessa posição, coloca que, “*após a indução com ocitocina na veia, até os 5cm eu estava bem. Tive que ficar o tempo todo deitada por causa do soro, ou seja, fiquei impedida de me movimentar. Algo que eu também disse a médica que não queria*”. (*Clara*, 25 anos). A visão sobre tal prática também aparece presente na fala da doula *Guadalupe*, após o questionamento referente à assistência ao parto atualmente:

[...] quando a mulher foi colocada deitada no parto foi retirado seu protagonismo; e, aqueles que prestam assistência desaprenderam a dar uma assistência de qualidade, que se resume em saber observar essa mulher, antes de intervir. [...] na minha experiência, em poucos momentos eu vi a mulher realmente sendo o foco, a protagonista do seu parto. (Doula Guadalupe, 37 anos).



Com a chegada do Iluminismo por volta do século XVII, a centralidade da razão e o sujeito da racionalidade ganham forma. Este movimento promoveu mudanças políticas, econômicas e sociais, desenvolvendo um padrão de normalidade e formas de adequação àqueles que não se enquadravam na lógica do sujeito moderno, para isso criam-se os Hospitais Gerais a fim de retirar qualquer sujeito que ameaçasse a lógica social.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer (FOUCAULT, 1982, p. 59).

Com esse processo de limpeza urbana, inicia-se o movimento de disciplinarização das instituições, sendo o hospital, uma delas (FOUCAULT, 2005). Realizada no final do século XVIII, a reestruturação hospitalar a partir do modelo médico nos revela a concomitante criação das leis que normatizaram o comportamento dos sujeitos. Surge a ideia de controlados pacientes, através de exames, prontuários e prognósticos. O cenário hospitalar torna-se o principal cenário do médico e, a partir do surgimento dessa lógica disciplinar, constituiu-se um espaço de (re)produção de saber e construção de um campo de verdade. O saber biomédico passa a ser única verdade sobre o corpo do sujeito, e da mesma forma, sobre o corpo da mulher. Como pontuado pela doula *Moara* (41 anos): “A medicalização é ainda muito forte nos dias atuais; a fala do médico tornou-se lei, foi tirado da mulher o poder sobre seu corpo e criou-se uma visão de corpo incapaz”. Segundo Ricardo Jones³, médico gaúcho pioneiro nas práticas de humanização do nascimento, em uma de suas colocações no Documentário *O Renascimento do Parto*⁴: “A entrada dos homens no universo sagrado e escondido do nascimento acabou trazendo junto com as luzes da razão uma modificação dos modelos e paradigmas de atenção ao parto”.



2.3A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO, OS PROCEDIMENTOS DE ROTINA E O SURGIMENTO DA CESÁREA

Entre tantos discursos que compõem diferentes formas de ser/estar no mundo, o discurso da medicalização do corpo feminino passa a sustentar uma ideia de que, necessariamente, existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina; e é justamente a partir dessa concepção que o discurso da medicina passa a apropriar-se do corpo das mulheres (GIFFIN; COSTA, 1999).

No século XIX, vemos um consolidar do campo da obstetrícia como uma especialidade médica. De acordo com Da Costa (2002), o ingresso nas universidades permanecia sendo algo restrito ao sexo masculino, inclusive nos cursos de medicina. A hospitalização foi um fator determinante da divisão sexual do trabalho, mudando radicalmente a maneira do próprio atendimento médico.

[...] transformaram a instituição hospitalar em especialidades técnicas de uma prática social única [...] às mulheres ainda estaria vetado o acesso às universidades e faculdades médicas como o fora desde o período medieval, a menstruação feminina e o ciclo reprodutivo, foram alguns dos argumentos utilizados neste período para manter o impedimento feminino à educação superior (MELO, 1978, p. 28-29).

Com a queda do saber acumulado pelas parteiras – passando a ser vista como uma prática clandestina e perigosa – ocorre uma importante mudança na concepção do que é ser mulher e parir. Do saber religioso (Igreja) para o saber médico (Medicina), a lógica do parto é alterada, o sofrimento que a mulher tinha como um designio divino pelo pecado original passa a ser compreendido como pertencente a sua natureza (DINIZ, 1996). De culpada, a mulher passa a ser vítima, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos de um parto vaginal; e assim, se o parto implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos à mulher, e seria, portanto, patológico (DINIZ, 2005).

A assistência médico-hospitalar ao parto e nascimento lhe confere novos significados. De evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento

³ Médico obstetra, ginecologista e homeopata. Formado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1985.

⁴ Filme O Renascimento do Parto, de Érika de Paula e Eduardo Chauvet. Rio de Janeiro: Master Brasil e RitmoFilmes, 2013. 1 DVD (90 min.).



transformam-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. Inaugura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto (MAIA, 2010, p. 34).

De acordo com Foucault (1982, p. 47), a natureza política da medicina na sociedade capitalista foi uma estratégia de controle social que começa com o controle do corpo.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

O controle do corpo grávido passa por uma lógica de que o corpo das mulheres seria potencialmente inadequado para o parto, fazendo-se necessário o controle médico do processo; o manejo do trajeto foi se tornando cada vez mais seguro, conhecido e mensurável (DINIZ, 1996). O manejo dos genitais femininos institucionalizou-se e, como descrito pela autora acima, o *canal do parto precisa ser “desobstruído”*, sendo responsabilidade da medicina fazê-lo. A assistência no século XX instaura grandes transformações, com variações entre os países e serviços. Nos Estados Unidos, por exemplo,

[...] propôs-se a rotina do parto rápido, de 30 minutos, induzido com ocitócicos, com a mulher sedada, o colo dilatado com instrumentos e o feto retirado com fórceps. [...] Para o uso de rotina dos fórceps, fez-se necessária a instituição da episiotomia, corte da vulva realizado sob a justificativa de proteger o feto da rigidez dos tecidos maternos, e de preservar os genitais da passagem do feto, ‘devolvendo a mulher a condição virginal’ (DINIZ, 1996, p. 173).

Nesse modelo, a mulher na condição de “paciente” perde a autonomia sob seu corpo e passa a ser institucionalizada pelo hospital, deixando o profissional escolher qual conduta seguir. Inúmeros procedimentos tecnocráticos são incorporados como rotina na assistência e a mulher passa a ser submetida à chamada “cascata de procedimentos” (DINIZ, 2005). A saber, alguns dos procedimentos ainda realizados hoje são: tricotomia⁵ da região genital, lavagem



intestinal⁶, introdução de soro intravenoso no trabalho de parto⁷, episiotomia⁸, anestesia, e

⁵ Procedimento de raspagem dos pelos na região perineal e/ou genital; realizado para diminuir o risco de infecções no período pós-operatório, realizado como um procedimento de rotina do hospital, mesmo com as mulheres que estão no processo de parto normal. Procedimento já questionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1996, no Guia Prático de Assistência ao Parto Normal.

⁶ Também denominado “enema”; procedimento que visa remover do intestino resquícios de matéria fecal, através da introdução de água no reto da mulher ou via laxante. A razão para existência deste procedimento seria para evitar infecções caso as fezes entrem em contato com o bebê, pois ao fazer força para empurrar a criança na hora do parto, o intestino poderia trabalhar juntamente, tentando eliminar fezes. Entretanto, são incômodos e apresentam certo risco de lesão intestinal, sendo considerado pela OMS (1996) no mesmo guia citado acima como um procedimento ineficaz, desnecessário e constrangedor.

⁷ Procedimento realizando tanto em mulheres que terão um parto normal quanto cesárea. A finalidade é manter a gestante hidratada. No entanto, já é de praxe dos hospitais introduzir o soro com ocitocina sintética, para acelerar o trabalho de parto. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em fevereiro de 2018 em suas novas diretrizes,

tantas outras práticas que acabam por compor uma assistência sob a luz da técnica. Assim como percebido no discurso da enfermeira obstétrica *Helena*, que trabalha desde 2014 com partos domiciliares após uma grande frustração na sua experiência com a assistência hospitalar:

A assistência ao parto hoje está muito mecânica, generalizada, padronizada e não acolhe cada mulher com a sua história, expectativas e com toda sua bagagem. Não acho que possa ser muito diferente disso, um local que necessita de rotinas, protocolos e com uma grande rotatividade de pacientes, acredito que seja difícil mesmo dar esse olhar e esse tempo para cada mulher. Mas apesar das rotinas das instituições, as pessoas que atendem poderiam ser mais acolhedoras e atender de uma forma melhor essas mulheres. [...] o principal investimento dentro dos hospitais deveria ser na formação desses profissionais que prestam a assistência, pois a mudança de mentalidade urge mais do que uma mudança na estrutura física do local (como banheiras, salas PPP – pré-parto, parto e pós-parto, etc.) (Enfermeira Obstétrica Helena, 34 anos).

Essa lógica nos leva a reflexão sobre o parto cesárea que chega juntamente com a instrumentalização da assistência. A operação cesariana, já realizada na Antiguidade e na Idade Média, ocorria apenas em caso de morte da parturiente, com



a finalidade de salvar o feto ainda com vida (Figura 4) (REZENDE, 2009). Os fetos que nasciam com vida eram chamados cesões ou césares (VIEIRA, 1871-1874). O procedimento foi incorporado como uma prática obstétrica apenas no século XVIII, mas ainda com muitos riscos a dupla mãe- bebê, ou seja, só era realizada em casos muito especiais. A preferência dos obstetras era para o uso do fórceps ou, se necessário, a embriotomia⁹. Somente no final do século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira (REZENDE, 2009). Mais precisamente, no ano de 1970, segundo dados do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, a proporção de cesáreas no total de partos feitos no sistema público de saúde passou de 15% em 1970 para 31% em 1980 (PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 1998).

Hoje as cesarianas passam a compor a principal maneira de assistência ao parto na realidade brasileira, sendo o Brasil o segundo colocado no ranking mundial de cesarianas. Na rede pública tem-se um total de 53,7% dos partos dessa forma, enquanto na rede privada, o índice chega a 84%, variando de acordo com a região (GUEDES, 2018). De acordo com a OMS (2015), as taxas de cesáreas referentes ao nível populacional, não devem ser maiores que 10%, pois não estão associadas com uma redução de mortalidade materna e neonatal, recomendação considerada desde 1985.

recomenda que não seja usada de forma rotineira para acelerar o trabalho de parto de mulheres saudáveis. Visto que cada uma tem seu ritmo único e isso varia de uma mulher para outra.

⁸ Corte cirúrgico realizado na região do períneo, entre a vagina e o ânus, para “ampliar” o canal de parto. Procedimento realizado até hoje como rotina na maioria dos partos vaginais. Iremos refletir mais sobre tal prática no último capítulo deste trabalho.

⁹ Procedimento que consiste em fragmentar o feto no útero (em casos de natimortos) para tornar possível a extração pela vagina, realizada até o final do século XIX.



2.4 O *DEVIR-GRÁVIDA* E A POSSIBILIDADE DE UM PARTO ENQUANTO ATO SEXUAL

A partir das contribuições de Odent (2000) e das reflexões da obra *Entre as orelhas – Histórias de Parto* de Jones (2012) apresenta-se a nós mais um discurso que compõe as formas de relação com a parturição. Segundo os autores, em meados de 1980, juntamente com o crescimento dos partos cesáreos, também começam a surgir inúmeros pesquisadores preocupados com as características psicológicas, afetivas, emocionais e hormonais relativas ao nascimento. E, ao se depararem com a inquietante similaridade entre o parto e a atividade sexual nos aspectos analisados, compreenderam o parto como um ato sexual.

A mesma perda cognitiva, o mesmo apagamento neocortical, a mesma necessidade de privacidade, a mesma confluência circulatória para os genitais e os mesmos hormônios envolvidos. A ocitocina surge como o hormônio-chave para a compreensão do fenômeno. [...] Além disso, seu hormônio *oposto*, a adrenalina, fundamental para o orgasmo, é o mesmo hormônio implicado no reflexo de ejeção do bebê. Fácil fica perceber que existe um claro paralelismo entre os eventos do parto e os do sexo, fazendo-nos enxergar pela primeira vez o nascimento inserido nas forças sexuais de uma mulher (JONES, 2012, p. 141).

O obstetra francês Odent (2000) foi um dos pioneiros em relacionar o ato de parir com a sexualidade da mulher, a partir da redescritção do discurso sobre a fisiologia do parto. A ocitocina, presente no momento do parto, lactação e ato sexual é responsável pela dilatação do colo do útero no trabalho de parto. Neste momento, a parte mais ativa do cérebro da mulher são suas estruturas mais antigas – o cérebro primitivo – e qualquer interferência ativar a “parte racional”, conhecida como neocórtex. Por isso, o autor acima referido, esclarece que as equipes que trabalham com gestantes em trabalho de parto devem evitar ao máximo qualquer estimulação neocortical, sejam perguntas mais racionais, luzes fortes, entrada e saída de pessoas estranhas ou qualquer ação que desperte a sensação de ameaça. Em suma, a mulher precisaria se sentir segura e acolhida, para que se entregue ao parto assim como se entrega ao sexo.

O ato de “abrir-se” ao outro presente na relação sexual também aparece no momento de dar a luz a um ser humano, é um dar espaço ao outro. Assim como nudez, gemidos, gritos, dor, prazer, suor, calor. No entanto, a possibilidade de prazer nas mulheres sempre foi algo perigoso e complicado aos olhos de uma estrutura patriarcal (JONES, 2012). Nesse cenário contemporâneo, onde as mulheres ainda sofrem inúmeras violações, a sexualidade da mulher ainda é um “tabu”, assim como os seios à mostra de uma



mulher amamentando o/a seu/sua filho/a. Tudo que envolve sexualidade feminina precisa ser abafado, controlado, regido às normas. Sendo assim, ao compreendermos o parto como um evento pleno de sexualidade, o que isso implicaria na conduta dos profissionais que o assistem? Como seria se instrumentalizássemos o sexo da mesma forma que instrumentalizamos o parto? Calar o grito, os gemidos, silenciar a voz da mulher não seria um verdadeiro silenciamento de toda sexualidade que envolve esse momento?

As discussões acerca dessa temática emergem como um objeto político nas sociedades ocidentais no século XVII. Para Foucault (1980), há grande ligação entre sexualidade, poder e saber. Falar sobre sexualidade é transgressão. O parto enquanto ato sexual das mulheres é silenciado, apenas está presente no discurso daqueles que o estudam, não daquelas que o vivenciam. A compreensão da enfermeira obstétrica *Cecília* nos apresenta a seguinte ideia:

A obstetrícia tem uma diferença de outras áreas da medicina que é o domínio sobre o corpo da mulher, questão de poder. O patriarcado e o machismo influenciam nessa prática. [...] O parto tornou-se um evento médico e se apropriaram dele com o discurso de que o corpo da mulher 'não funciona'; o parto instrumentalizado exerce todo o poder sobre o corpo feminino, a mulher não tem vez, não tem escuta... (Enfermeira Obstétrica Cecília, 33 anos).

Assim como Guattari e Rolnik (2005) nos apontam para a inexistência da possibilidade de um devir feminino em meio a uma sociedade masculina e masculinizada, haveria a possibilidade de existência de um *devir grávida* em meio a uma sociedade hospitalocêntrica, tecnocrática e biologicista? A lógica de devir está relacionada a possibilidade ou não de um processo de singularizar; a possibilidade de deixar vir as formas de existência de acordo com cada história. Devir é jamais imitar, nem fazer como, nem se ajustar a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade (DELEUZE; PARNET, 1998). Ou seja, em meio a tantas formas e discursos que atravessam as construções sobre o parto, a moda cultural do nascimento é quem sufoca os movimentos do corpo, retirando sua desenvoltura e expressão, impedindo-o de mostrar sua potencialidade (JONES, 2012, p. 95):

Se cada mulher é dotada de um mundo próprio, de significados e significantes, qualquer que seja a natureza das condutas a oferecer a ela durante o nascimento deve ser baseada em uma compreensão subjetiva e individual, posto que qualquer “regra” ou protocolo que não contemple essa característica específica estará condenada ao insucesso ou ao dogmatismo autoritário.



Nessa lógica, respeitando a história de cada mulher e pensando-a a partir de seus desejos, contextos sociais, econômicos e culturais, proponho a pensar um *devir-grávida* como um caminho possível e potente para a mulher gestante. A possibilidade de um corpo aberto para diversas formas de expressão, corpos livres para ser. Provoco a pensar assim, a noção de gestação, parto e puerpério numa experimentação que se abre à mudanças, compreendendo os devires enquanto partes de rizomas que se alastram e possibilitam outros caminhos, linhas de fuga e ideias a se pensar sobre algo que já existiu.

Devir é a partir das formas que temos, do sujeito que somos, dos órgãos que possuímos e das funções que cumprimos, extrair partículas entre as quais instauramos aproximações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos para nos tornar e através das quais nos tornamos. É nesse sentido que o devir é processo do desejo (DELEUZE; GUATTARI, 1980, p. 67).

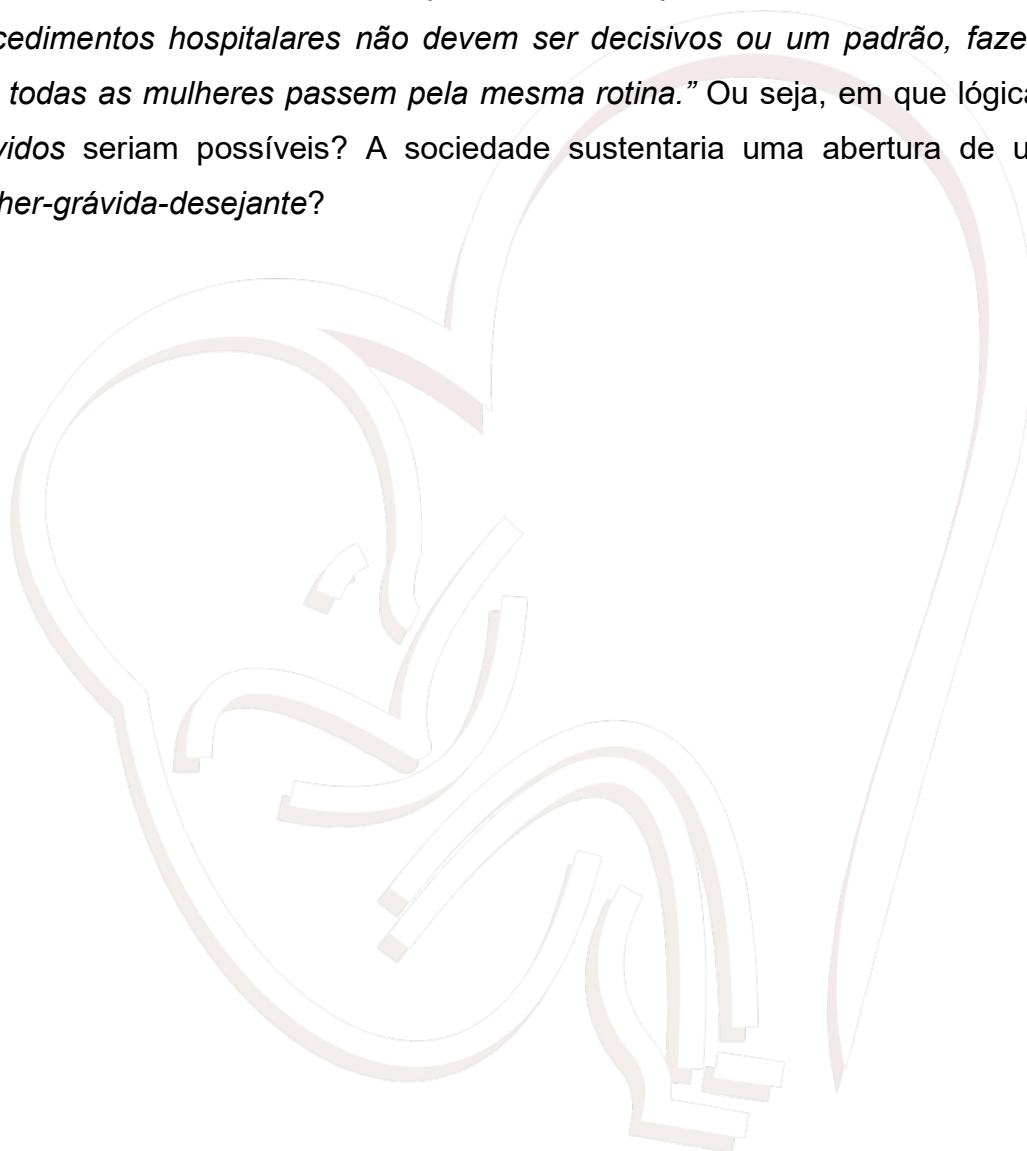
Ao somarmos com as reflexões de Jorge Larrosa Bondía, em “Notas sobre a experiência e o saber da experiência”, qual a forma como nos permitimos sermos tocados por aquilo que nos passa? Há vazão e espaço a uma possível experiência sobre umacontecimento?

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a artedo encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (BONDÍA, 2002, p. 24)

Segundo o autor, para que algo nos aconteça é necessário entrega, tempo e espaço. É necessário que o sujeito possa suspender todo juízo, opinião, vontade e o “automatismo da ação”. Ao relacionarmos a realidade obstétrica em nosso país à escrita do autor, vemos o quanto o parto tornou-se um mercado, um evento



recheado de intervenções para que não se perca tempo, não há espaço para sentir ou ser tocado, há uma sobreposição da rotina do hospital sobre o direito de escolha da mulher. Conforme pontuado por Clara (25 anos) e pela doula Guadalupe (37 anos), respectivamente: *“É preciso respeitar o que a mulher quer, mesmo que o hospital tenha as políticas de humanização, qual o desejo da mulher para esse momento?”* e *“É necessário nos adequarmos às evidências científicas e valorizarmos o conhecimento empírico de cada profissional. Mas antes disso, os procedimentos hospitalares não devem ser decisivos ou um padrão, fazendo com que todas as mulheres passem pela mesma rotina.”* Ou seja, em que lógica devires grávidos seriam possíveis? A sociedade sustentaria uma abertura de um *devir-mulher-grávida-desejante*?



3 AS MUDANÇAS DE PRÁTICAS PELO MUNDO E O CAMINHAR DA HUMANIZAÇÃO NO BRASIL

O processo de parir, como vimos acima, inicialmente considerado algo natural vinculado diretamente à figura feminina e aos ritos religiosos, foi (re)construindo-se a partir de diversos outros olhares com o passar do tempo, a partir de movimentos como à criação dos hospitais, a inserção do médico na cena de parto ao cenário contemporâneo da medicalização dos corpos. Uma vez que o uso irracional dos procedimentos de rotina começou a causar mais danos do que benefícios (DINIZ, 2005), a partir do século XX emergem diversas mudanças nos olhares daqueles que assistem tal evento. Práticas antes consideradas adequadas passam a ser questionadas, e inclusive, consideradas violência contra as mulheres em processo de parto.

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas [...] dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia a impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais (MAIA, 2010, p. 36-37).

Ao ouvirmos e sermos tocados pelo relato de parto de *Clara*, 25 anos, que teve sua filha em 2016 em um Hospital Particular de Porto Alegre, vemos inúmeros procedimentos acima citados presentes na realidade gaúcha.

Eu estava com 41 semanas e estava entrando em pré-eclâmpsia, então o parto foi induzido. Depois que eu fui descobrir que daria pra ter esperado mesmo com essas questões. Após a indução com ocitocina na veia, até os 5cm eu estava bem. Tive que ficar o tempo todo deitada por causa do soro, ou seja, fiquei impedida de me movimentar. Algo que eu também disse a ela que não queria. E com 5cm ela me deu uma anestesia, o que eu também não queria, tinha dito a ela que queria esperar até o momento que eu não aguentasse, mas nem isso foi respeitado. Essa anestesia foi dada para estourar a bolsa, para ir mais rápido. E depois que a anestesia foi passando e as dores foram voltando, ela ficou o tempo todo



com os dedos na minha vagina para ‘ajudar’ na dilatação, abrindo. Estava deitada, com a enfermeira puxando minhas pernas pro lado. Eu cheguei a 10cm de dilatação, ela viu que eu queria muito. Mas como ela não escutou o bebê nenhuma vez, ela não quis esperar ele descer. Por isso, disse que ele entraria em sofrimento. Dai fomos pra cesárea. Como ela sabia que o bebê estava entrando em sofrimento fetal se nenhuma fez ela escutou seus batimentos? A impressão que eu tive que é parecia que ela estava com pressa para ir a algum lugar. Tanto é que, quando ela foi me visitar, senti um olhar de culpa, como se ela tivesse feito algo errado. No dia, eu achei que fosse pena, mas hoje sei que foi remorso. Até disse ‘ah, eu fiz um corte bem pequenininho, pois vi que tu sofreu bastante’. (Clara, 25 anos).

De acordo com a autora, no modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas para a parturiente: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea (MAIA, 2010). Devido a isso, discursos buscando novas possibilidades de assistência e formas de expressão começam a emergir.

Odent (1930), em sua obra “O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto” durante todo século XX existiram movimentos que reagiram à industrialização do parto. A partir do obstetra inglês Grantly Dick-Read (1890-1959), autor de *Natural Childbirth* (Parto Natural, 1933) e *Childbirth without fear* (Parto sem Medo, 1944) surge em 1957 a Associação *National Childbirth Trust* (NCT) no Reino Unido, um grupo de mães que buscavam por mais informações com relação ao ato de parir. Logo em seguida, o obstetra francês Leboyer (1918-2017) prossegue com a revolução do nascimento, dando vida ao livro “Nascer Sorrindo” (1974) – em francês “*Pour une naissance sans violence*” ou “Por um parto sem violência”. E assim, uma nova abordagem de parto tomou um forte impulso. Defensor do parto normal e de uma série de práticas que podem tornar mais suave e confortável a transição que o bebê faz do útero para o mundo, desde a diminuição de luz e barulho do ambiente, entrega do bebê direto para mãe e banhos mornos e calmos (ORENSTEIN, 2017).

O feminismo, em suas muitas versões, também possui um importante papel nessas mudanças. Desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (DINIZ, 2005). Na Inglaterra, Janet Balaskas, educadora perinatal e escritora, funda o *Active Birth Movement* (Movimento pelo Parto Ativo), a partir do lançamento de seu livro *Parto Ativo* em 1983. No livro buscou incentivar a autonomia e controle das mulheres sobre seus corpos em processo de parto, rompendo com a ideia de mulher enquanto um objeto da equipe obstétrica para uma condução ativa feita por ela mesma.



3.1 ASSISTÊNCIA E POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL

Devido aos desnecessários procedimentos e condutas que se repetem dia após dia nos centros obstétricos brasileiros, causadores de muito sofrimento físico e emocional às parturientes, acerca de 25 anos iniciou-se um movimento que busca priorizar a tecnologia apropriada, o uso de evidências científicas, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores e outros cuidados fundamentais a gestante e seu bebê. Movimento presente em diversos países com diferentes nomes, sendo no Brasil, chamado de *humanização do parto*

(DINIZ, 2005) constituindo mais um discurso que percorre as relações com a parturição.

Vemos uma construção de estratégias de humanização no final do século XX. Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA, 2019), organização da sociedade civil formada por associados(as) de todo Brasil. A partir de uma carta produzida no primeiro encontro desta rede, a Carta de Campinas (RATTNER; TRENCH, 2005), surge a denúncia das circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência ao nascimento no Brasil. A partir desses movimentos, em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo principal de assegurar a melhoria ao acesso e a qualidade no acompanhamento pré-natal, assim como na assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos (BRASIL, 2000).

Em 2001, foi lançado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), buscando capacitar as equipes dos hospitais públicos do país, a partir de uma valorização da dimensão humana e subjetiva presente em todo ato de assistência à saúde (BRASIL, 2001). E também, em 2003, surge a Política Nacional de Humanização – Rede HumanizaSUS, buscando pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde e produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2003).

É notório o crescimento da utilização do conceito *humanização* ao decorrer do século XXI e é possível observar, a partir dos apontamentos de Benevides e Passos (2005), o quanto esse conceito corre o risco de ser mais um modismo, apenas padronizando ações e repetindo modos de funcionamento de forma sintomática. A



ideia de “humanizar” os serviços de saúde acaba por criar certa idealização do que é ser humano. Ao nos posicionarmos contra a idealização desse jeito humano de ser/fazer/estar no mundo, o desafio proposto pelos autores é o de não buscarmos nas maiores incidências ou na curva normal dos fatos como correspondente a de homem(mulher)-figura-ideal, metro-padrão, pois esse ideal não coincide com nenhuma existência concreta. Partir das existências concretas é ter de considerar o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos (PASSOS; BENEVIDES, 2005). Apostando, portanto, nessa mesma lógica para a compreensão de parto, compreendendo-o enquanto uma construção contemporânea, ao invés de um ato composto por uma única forma de expressão. Sendo assim, os modos como às pessoas se relacionam com o parto, os discursos que percorrem tal evento e práticas de poder que sustentam essas relações de saber-poder constroem formas diferentes de parir, resultando em experiências singulares a cada mulher. Por isso,

A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado, do SUS. A humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação que só se efetiva a partir do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos. (PASSOS; BENEVIDES, 2005, p. 393).

Ao escutarmos as mulheres que passaram pelos serviços de saúde, algumas compreensões do significado da humanização se estabelecem de diferentes formas. Para *Liz* que teve seus filhos em 2002 e 2005 e *Esmeralda* que pariu em 2016:

[...] essas estratégias de humanização no nascimento é a mulher poder falar sobre seu próprio corpo e sobre como ela se sente e não ser só um objeto médico. [...] Pra mim, eu entendo humanizar enquanto acolhimento, e acolhimento eu entendo como algo contrário a violência. Então, a partir do momento que existe uma política que diz que o parto precisa ser humanizado, está dizendo que essa mulher precisa ser acolhida com suas diferenças [...] acho que o parto é um pra cada mulher [...] então pra mim humanizar é isso, é criar diferentes estratégias para diferentes mulheres que estão em trabalho de parto. (Liz, 35 anos).



Durante a gestação acontecem muitas transformações, e o parto é um momento que não sabemos quando vai terminar, quando a criança vai nascer, como vai ser, se vai dar tudo certo; é um mix de sentimentos se passando dentro da gente. Então eu acho fundamental que tenha essas estratégias de humanização [...] E, embora haja muitas pessoas nesse momento, vejo como um processo muito solitário, por isso se sentir acolhida é importante. (Esmeralda, 33 anos).

Nessa narrativa vemos como as estratégias de humanização parecem fundamentais para que as mulheres se sintam acolhidas neste momento. Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) é o acolhimento, definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 6) como:

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de 'estar com' ou 'estar perto de', que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS.

Uma potente estratégia de acolhimento que tem crescido em meio a essa realidade é o serviço das *doulas*. Doula, do grego, "mulher que serve", aplica-se as mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres durante a gestação, parto e puerpério. É oferecido a gestante informações sobre os procedimentos, formas alternativas e naturais de alívio de dor, afeto, apoio, encorajamento e tantas outras formas de cuidado (DUARTE, 2019). Uma tentativa de suprir a ausência de afeto nesse momento tão singular na vida das no conceito de acolhimento; é o acolher em movimento. Esse olhar e presença mais sensível somado a uma assistência hospital mais acolhedora se mostra necessário a partir desse momento sócio-histórico no qual vivemos.



4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DISCURSOS QUE BORDAM MARCAS NO CORPO

Sinestésias

Ouçõ vozes se aproximarem
Tons ríspidos e esganiçados
Multiplicam-se no meu mundo
Evocam medo e pavor
Mãos quentes, frias, suarentas
Cavocam meu íntimo
Avassalam sem pudor
As barreiras da minha alma Olhos
castanhos, azuis e cor de mel
Hipnotizados no sexo Já
não há sabedoria, nem fé
Embaixo do avental, a loucura
Anestesia
C R U E Z A N O M E T A L
Gosto férreo nas pupilas
Na saliva, a infância
Sangue, urina, vômito,
fezes Pulsam em minhas
narinas Que violência me
domina?
Já não estou aqui
Jorro na maca.
(POEMAS A FLOR DA PELE)

Lembro que havia muitos residentes no dia e que me senti muito constrangida. Faziam excessivos exames de toque, vários alunos enfiando o dedo em mim e o professor mostrando como se fazia. Até que, depois de várias vezes, eu disse que estava com muita dor e que não estava gostando. A médica ainda me xingou, dizendo que aquilo era importante e eu deveria deixar, pois estava sendo atendida de graça. Depois disso, fiquei quieta com medo que me mal tratassem. Na época não podia acompanhante, mas como eu era menor de idade, minha avó estava comigo. Foram treze horas de trabalho de parto. Minha mãe que já tinha tido quatro filhos me aconselhava a não gritar e não reclamar, porque isso irritava os médicos. [...] Lembro que na hora do expulsivo, eles me xingavam dizendo 'faz força direito'. Depois que nasceu lembro que cochilei e acordei com uma enfermeira fazendo uma massagem na minha barriga. Reclamei de dor e ela dizia, 'tem que fazer, tem que fazer, se não teu útero não vai voltar ao normal' e em nenhum momento me explicou o que estava fazendo. Sem contar as coisas que ouvi durante o trabalho de parto, como: 'ah, tá doendo agora mas na hora de fazer tava bom né!' (ouvi isso em ambos os partos). Me sentia impotente nessas horas, mas tinha medo de parecer muito desafortada e fazerem algo de mal para o meu filho. (Relato de parto de Liz, Hospital Público em Porto Alegre, ano de 2002, com 16 anos na época).



Histórias de vida que falam por si só. Mulheres em luta pela vida daqueles em seu ventre, buscando forças para resistir às formas instituídas de assistência ao parto. Atravessamentos como idade, cor da pele, situação econômica, cultura, social e etc., apenas vulneráveis. Relatos como esses, recheados de desentendimentos com relação aos procedimentos, ausência de presença afetiva e falta de sensibilidade com a mulher que está parindo são comuns nos discursos das mulheres brasileiras. Há muita violência velada, principalmente quando falamos das populações mais vulneráveis – mulheres, crianças, negros e indígenas. Violências sutis, silenciosas, mascaradas, que bordam marcas no corpo daquelas que gritam por dentro.

A violência contra a mulher, definida em 1994 pela Convenção de Belém do Pará (BRASIL, 1994), se expressa no capítulo I do artigo 1º, através de “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Ao pensarmos nas violações de direitos vivenciadas pelas mulheres é possível relacionarmos com violações também em seus períodos gestacionais, partos e puerpérios. Segundo a OMS (2014), gestantes no mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante a assistência ao parto nas instituições de saúde.

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio- econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos (OMS, 2014, p.1).

A partir de então, o termo *violência obstétrica* passa a ganhar corpo e voz em meio a tantos dizeres e relatos traumáticos relacionados à experiência da parturição.



Em 2007, na Venezuela, o termo violência obstétrica passa a compor, juntamente com outras as 19 formas de violência contra a mulher, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). E a partir da legislação venezuelana e argentina, no qual buscam de forma precisa coibir e erradicar a violência obstétrica, possibilidades como essas começam a surgir no cenário brasileiro.

Mas afinal, o que seria violência obstétrica? Ao levarmos esse questionamento às mulheres nas entrevistas, várias concepções se apresentaram a nós, desde ao não reconhecimento (não sabiam dizer ao certo se haviam sofrido ou não) a posicionamentos enfáticos com relação à sua experiência e a violência que passaram ou presenciaram.

Eu passei por algumas coisas que não sei exatamente se são ou não violência obstétrica. Não sei se seria displicência ou o modo como essa pessoa tinha de trabalhar... Como a médica não me explicou várias coisas, eu não sei como nomear esse fato de ela não ter me explicado as coisas. (Esmeralda, 33 anos).

Acredito que passei por violência obstétrica em meu primeiro parto, nesse aspecto de fazer algo que eu não queria através da manipulação. Único medo que eu tinha era de passar pelo trabalho de parto e acabar indo para uma cesárea, e foi exatamente o que aconteceu. A médica me levou justamente pelos caminhos que eu não queria. [...] Tudo foi me levando a um lugar de medo. (Clara, 25 anos).

Fui conhecer essa expressão no início da faculdade, há mais ou menos cinco anos. Quando descobri, fiquei um pouco chocada, ao pensar que um médico poderia ser violento, até porque o médico salva vidas, não violenta. Fui identificando o que eu tinha sofrido através do depoimento de outras mulheres. (Liz, 35 anos).

A violência obstétrica começa com qualquer conduta que tire da mulher o protagonismo dela no nascimento do seu filho; seja no trabalho de parto, na gestação ou em todo ciclo gravídico. Não adianta acolher essa mulher na gestação e na hora do parto, quando é preciso tomar decisões, fazer procedimentos invasivos, sem avisá-la ou sem justificar o que está fazendo... Então eu acho que começa aí, desde não fornecer informações às atitudes mais grosseiras ou mais sutis, seja manda-la ficar quieta ou desapropriá-la desse momento, como, por exemplo, dizer que o que ela está fazendo está errado. (Enfermeira Obstétrica Helena, 34 anos).



No entanto, ao ouvirmos o relato de parto de *Esmeralda*, por exemplo, torna-se visíveis inúmeros desrespeitos vivenciados em seu processo de parto.

*Eu sentia muita dor, acho que nunca tinha sentido uma dor tão forte. Com contrações de 6 em 6 minutos, me perguntaram se eu gostaria de induzir para ir mais rápido, como eu estava realmente com muita dor, aceitei. Após o soro, parece que a força das contrações aumentou ainda mais. Nisso, eu me levantei para ir ao banheiro e logo em seguida, a médica entrou, deu uma risada e fez uma piadinha: ‘ah, agora tu está realmente com dor, viu?’. Quando tu tá ali, sentindo uma dor horrível, não sabendo o que fazer, pra mim não foi legal ela abrir a porta e falar isso. Era tudo que eu não precisava ouvir. Eu tava ali, sentada, sozinha, tomando soro, me sentindo muito vulnerável. Depois de um tempo, minha bolsa estourou, e me levaram para a sala de parto, por causa da dor eu não conseguia caminhar sozinha, daí duas enfermeiras me ajudaram. Chegando lá, a médica me perguntou se eu queria anestesia, mas de novo, em nenhum momento a médica conversou comigo antes sobre essa possibilidade. Disse que sim. Eu não sabia que ao receber a anestesia isso mudaria a forma como eu receberia as contrações, essas foram informações que eu não tive antes. Quando eu recebia as contrações, sem sentir nada de dor, a médica me mandava fazer força. Só que na hora do meu filho nascer, eu já estava muito cansada, pois estava desde o meio dia em trabalho de parto, sem comer, fraca e já eram 20h. Uma das enfermeiras me colocou mais sentada pra ver se ajudava ele a descer e também começou a empurrar minha barriga (Manobra de Kristeller¹⁰). De repente, a médica disse: ‘olha, essa é a ultima vez que você fará força e ele vai nascer’. Nisso ele nasceu, chorou e bebeu um pouco de água. Chamaram o pediatra, levaram ele e ninguém me disse nada. Foi um horror esse momento. Também fizeram o corte sem me avisar. Olhando para tudo isso hoje, acho que teria sido muito mais tranquilo se eu soubesse desses procedimentos antes do parto. (Relato de parto de *Esmeralda*, 33 anos. Hospital Particular de Santa Cruz do Sul, ano de 2016, com 30 anos na época).*

¹⁰ Procedimento que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê. Manobra contraindicada pelo Ministério da Saúde desde 2016 por ser considerada perigosa para mãe e bebê.



A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é definida pela Rede Parto do Princípio (PRINCÍPIO DO PARTO, 2014) em sua cartilha “Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher” como a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento; pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero.

No Brasil, em 25 de novembro de 2012, Dia Internacional para Eliminação da Violência contra as Mulheres, foi lançado o vídeo-documentário *Violência obstétrica: a voz das brasileiras* (2012), com depoimentos coletados, após chamada na internet, de mulheres que tenham sofrido violências físicas e psicológicas no nascimento de seus filhos; além de procedimentos considerados desnecessários, também relataram descumprimento do direito ao acompanhante¹¹, já assegurado por lei.

Os inúmeros atravessamentos que passam pelo ser mulher nos mostram alguns fatores que potencializam ainda mais tais violências. Frases são ditas e condutas são “permitidas” devido ao contexto social no qual essa mulher vive, são discursos que sustentam essas práticas e ditam modos como a mulher deve viver a gestação e parto. Quando falamos de gravidez na adolescência, por exemplo, é um atravessamento importante que determinará as formas de assistência que essa gestante receberá. E se falássemos em adolescência somada à pobreza? Somada a negritude? Percebemos certa permissão social de violência contra alguns corpos, mais que outros. Assim como colocado por uma das enfermeiras obstétricas, que atua há nove anos em um hospital público de Porto Alegre e por *Liz*, que reside em uma periferia de Porto Alegre:

Aqui no Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, a situação ainda é muito complicada. Eu vejo as mudanças no parto como um caminho árduo a ser percorrido. Já é difícil para a mulher que tem informação, mas temos que pensar que a maioria não tem acesso, devido a questões culturais, econômicas e sociais. Por isso, muitas mulheres acabam não tendo acesso a informação de qualidade e estão sujeitas a vontade do médico obstetra, que na maioria das vezes, acaba submetendo essa mulher ao que é mais cômodo pra ele. (Enfermeira Obstétrica Cecília, 33 anos).

As experiências de parto que minhas amigas da faculdade têm ainda são muito diferentes das minhas vizinhas. O SUS permanece com uma atitude autoritária sobre a vida da mulher, não vendo essa mulher como um ser desejante. (Liz, 35 anos).

¹¹ A **Lei do Acompanhante** entrou em vigor em 2005, como lei nacional, sendo de direito da mulher o acompanhamento durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.



Da mesma forma, ao ouvirmos a história de uma mulher negra que vive em um contexto racista e sexista, com uma história sem muitos romantismos e recheada de lutas e resistência em meio a inúmeros atravessamentos sociais, sentimos nossa impotência que grita.

Quando cheguei no hospital fizeram o exame ‘meio por cima’ e o médico disse que o bebê seria pro dia 25 de julho (daqui a vários dias). Mediram com a fitinha a minha barriga, nem exame de toque ele fez. Quando eu cheguei em casa, eu estava com o dobro de dor. Lembro que como eu não tinha muitas condições, tive que ir até outro hospital caminhando, pois já tinha gastado o dinheiro da passagem. Caminhei muito, acho que isso até ajudou. Lá o médico disse que ia nascer hoje. Lá eu só fui destratada pela técnica de enfermagem. Eu não sabia que ia ter o bebê naquele dia, por isso fui despreparada. Na hora de fazer a depilação, parecia que ela estava depenando uma galinha. Dizia ‘ai, não deveria ser a gente que faz essas coisas, vocês que deveriam fazer isso em casa’, me empurrava, pegava com força, me cortaram na depilação e jogaram um liquido pra esterilizar bem em cima do corte. Juro que tive vontade de chutar uma delas. O problema desse hospital é que também tinha muitos alunos, então tu passa a ser experiência deles. Entrava vários médicos com vários alunos. Até a hora de parir eu fui tocada muitas vezes. É um desrespeito, pois a gente já está com dor e ainda passa por isso. A experiência do primeiro filho foi tão ruim que eu não queria ter o segundo. (Relato de parto de Aurora, 45 anos. Hospital Público de Porto Alegre, ano de 1992, com 18 anos na época).

Mesmo com tantos relatos que nos fazem silenciar em meio a nossa frágil existência, há gritos que ainda precisam ecoar. Em meio a jogos de poder, posicionamentos como o do Ministério da Saúde, presente no despacho de 03 de maio de 2019, nos inquietam a prosseguir refletindo sobre essas práticas. Pontuam que “o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019). Com isso, cabem-nos os questionamentos: Que vozes estão sendo escutadas? O que nossos discursos estão produzindo? Há espaços para novos *devires-grávidos* em meio a uma sociedade que nega a violência inscrita em tantos corpos? Temos possibilitado novas formas de existência ou cristalizado somente aquelas ditas “adequadas”? “O que seria um parto “adequado” para ti? Teria espaço para conversarmos sobre isso?” Cabe-nos tanto, que talvez a possibilidade de existência de questionamentos seja um dos passos para a composição de existir grávida em nosso país.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando caminhamos entre os discursos que se desenvolveram com o passar dos anos sobre os aspectos sexuais e reprodutivos da vida das mulheres, vemos formas de assistência especificadamente com relação ao parto, que necessitam serem questionadas. Entre narrativas e marcas na pele, mulheres lutam contra um processo de homogeneização do nascimento e, nesse processo de escrita, a escuta de cada história foi fundamental para a composição desse olhar.

A realidade obstétrica que percorre os corredores dos hospitais brasileiros e as narrativas daquelas que lá trabalham mostra-nos o quanto o parto foi se tornando um território de produção de discurso médico, exploração masculina, de violência e desrespeito com as mulheres. Ao colocarmos a mulher sob exame e vigilância constante criam-se determinadas estratégias que historicamente foram se articulando no sentido de regulação e controle dos corpos (HILLESHEIM et al., 2009), desde a imposição de rotinas hospitalares, negligência nos atendimentos a questões de dominação e poder sobre o corpo grávido. A construção de discursos opera modos de governar a vida, e como nos inquieta Foucault (2005), a vida é sempre governada.

A contraposição das violências instituídas percorre caminhos de desconstrução, questionamentos e debates sobre as práticas relacionadas a esses eventos. Com isso, diante do embate acirrado entre classe médica e população feminina em nossa atual conjuntura política, as estratégias de resistência, como a bandeira de parto humanizado, tornam-se necessárias, afim de que outros discursos ganhem força e voz. Todavia, é importante salientarmos que as generalizações, os traços daquilo que é mais “normal”, ideal, adequado, e até mesmo “humano”, correm grande risco de colocar àquelas que não seguem nesta linha em uma emboscada. Cada mulher é singular e múltipla ao mesmo tempo, assim como os desejos que correm em suas entranhas. O parto é uma experiência humana composta por inúmeros olhares, implicações, políticas e formas de prestar assistência, sendo esses alguns dos fatores que o modificam e o constroem incessantemente. É neste ponto que devemos ser cuidadosos quando tratamos dos modelos de assistência ao nascimento. E inclusive, refletir sobre as ideias que se estabelecem de parto humanizado, como: “parto em casa”, “parto sem intervenção”, “parto na banheira”, “parto com parteira e doula”, “parto vertical” e etc., no qual não reconhecem as



infinitas possibilidades e particularidades do ser mulher grávida.

Quando falamos de humanidades, nada pode ser tomado como definitivo e fechado. Por isso, torna-se essencial compreender cada mulher dentro de um *devir-grávida*, um corpo que antes de qualquer intervenção (humanizada ou não) urge por acolhimento, afeto e respeito em seu momento de gestação, parto e puerpério. Percebo devires grávidos em cada narrativa que ouvi, desconstruindo ideais de como é “o certo” parir e afirmando suas existências dentro daquilo que são. Elas, mulheres, mães, filhas, parteiras, professoras, enfermeiras, alunas, faxineiras, doulas. Mulheres. Sejam àquelas que tiveram experiências de partos ou as que o assistem cotidianamente, mergulhadas entre tantos questionamentos, formas de governo, processos sócio históricos e lutas femininas por voz e espaço, (re)criam-se em movimentos, compõem campos de multiplicidades, novos territórios da existência, aumentando assim a possibilidade de criação de novas formas de subjetivação.



REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: NovaFronteira, 1980

BALASKAS, J. **Parto Ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Ground, 1993.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? **Interface -Comunic, Saúde, Educ**, 9 (17), 2005. p. 389-406.

BÍBLIA SAGRADA: Nova Versão Transformadora: **Êxodo**. 1 ed. São Paulo: Mundo Cristão, 2016.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a Experiência e o Saber da Experiência. **Revista Brasileira de Educação**, 19, 2002. p. 20-28.

BRASIL. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher: convenção de Belém do Pará**. Disponível em:

<<http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>>.

Acesso em: 20 mai.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília:MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho quanto ao uso do termo “violência obstétrica”**. Brasília: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: MS, 2003. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**.

Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: MS, 2001.



DA COSTA, L. H. R. Memórias de Parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. **Dissertação de Mestrado**. Florianópolis: UFSC, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. São Paulo: Editora 34, 1997. DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DINIZ, C. S. G. Assistência ao Parto e Relações de Gênero: elementos para uma releitura médico-social. **Dissertação de Mestrado**. São Paulo: USP, 1996.

DINIZ, C. S. G. Humanização da Assistência ao Parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(3), 2005. p. 627-637.

DUARTE, A. C. **O que é “Doula”?**. Disponível em: <<https://www.doulas.com.br/oque.php>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: ____. **Em Defesa da Sociedade**: curso no collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolíticas: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUEDES, A. **Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil**. Publicado em: 28 ago. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>>. Acesso em: 14 mai. 2019

HILLESHEIM, B., SOMAVILLA, V. C., DHEIN, G., LARA, L. Saúde da Mulher e Práticas de Governo no Campo das Políticas Públicas. **Psicologia em Revista**, 15 (1), 2009. p. 196-211.



JONES, R. H. **Entre as orelhas: histórias de parto.** Porto Alegre: Idéias a Granel, 2012.

MAIA, M. B. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MAMEDE, F. V., MAMEDE, M. V., DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. **Rev. Enfermagem: 11 (2), 2007. p: 331-6.**

MELO, V. H. de. O Processo Histórico de Assistência ao Parto e a Marginalização Feminina. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre a Mulher, UFMG, 1978.

MOURA, S. M. S. R. de.; ARAÚJO, M. de F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão: 24 (1), 2004. p. 44-55.**

ODENT, M. **A Cientificação do Amor.** São Paulo: Terceira Margem, 2000.

ODENT, M. **O Camponês e a Parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto.** São Paulo: Ground, 1930.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático.** Genebra: OMS, 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.**

Genebra: OMS, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos durante o Parto em Instituições de Saúde.** Genebra: OMS, 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Tecnologia Adequada para o Nascimento e Parto.**

Genebra: OMS, 1985.

ORENSTEIN, J. Quem foi Frédérick Leboyer, o médico que mudou a forma como partos são feitos. **Nexo Jornal.** Publicado em: 01 jun. 2017. Disponível:

<<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/06/01/Quem-foi-Fr%C3%A9d%C3%A9rick-Leboyer-o-m%C3%A9dico-que-mudou-a-forma-como-partos-s%C3%A3o-feitos>>. Acesso em: 15 mai. 2019.



ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2001.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. d' A. Os Paradigmas da Enfermagem Obstétrica. **São Paulo: Revista. Esc. Enf. USP**, 31 (1), 1997. p. 96-108.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa**. Violência Obstétrica "Parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica é violência contra a mulher**: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo. São Paulo: Parto do Princípio; 2014.

PERPÉTUO, I. H. O., BESSA, G. H., FONSECA, M. C. **Parto Cesáreo**: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Abep, 1998.

RATTNER, D.; TRENCH, B. ReHuNA: Carta de Campinas. In: **Humanizando Nascimento e Partos**. São Paulo: Senac, 2005.

REHUNA: Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. Website. Disponível em:

<<http://www.rehuna.org.br/index.php>>. Acesso em: 16 mai. 2019

REZENDE, J. de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Unifesp, 2009.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974. SPALDING, T. O. **Dicionário da Mitologia Latina**. São Paulo: Cultrix, 1991.

VIEIRA, D. **Grande Dicionário Português ou Tesouro da Língua Portuguesa**. Porto, Ernesto Chardron e Bartholomeu H. de Moraes, [1871-1874].

ZORZAM. B.; SENA, L. M.; FRANZON, A. C.; BRUM, K.; RAPCHAN, A. **Violência**

Obstétrica: a voz das brasileiras. Vídeodocumentário. Disponível em:

<<http://youtu.be/eg0uvonF25M>>. Acesso em: 22 abr. 2019.



ANEXO A

ENTREVISTA

Roteiro para entrevista semiestruturada:

- O que significa o parto para você?
- Como você caracterizaria a assistência ao parto nos dias atuais?
- O que significa para você o surgimento das estratégias de humanização no nascimento?
- Em sua opinião, o que consiste a violência obstétrica?

Pergunta apenas para as mulheres que tiveram partos:

- Você acha que passou por violência obstétrica?



ANEXO B



Figura 1 – Escultura romana em relevo de uma parteira ajudando uma parturiente.



Figura 2 – Ilustração do nascimento de Esaú e Jacob. Iluminura por François Maitre (1475–1480).





Figura 3 – Quadro O Nascimento da Virgem, 1485.

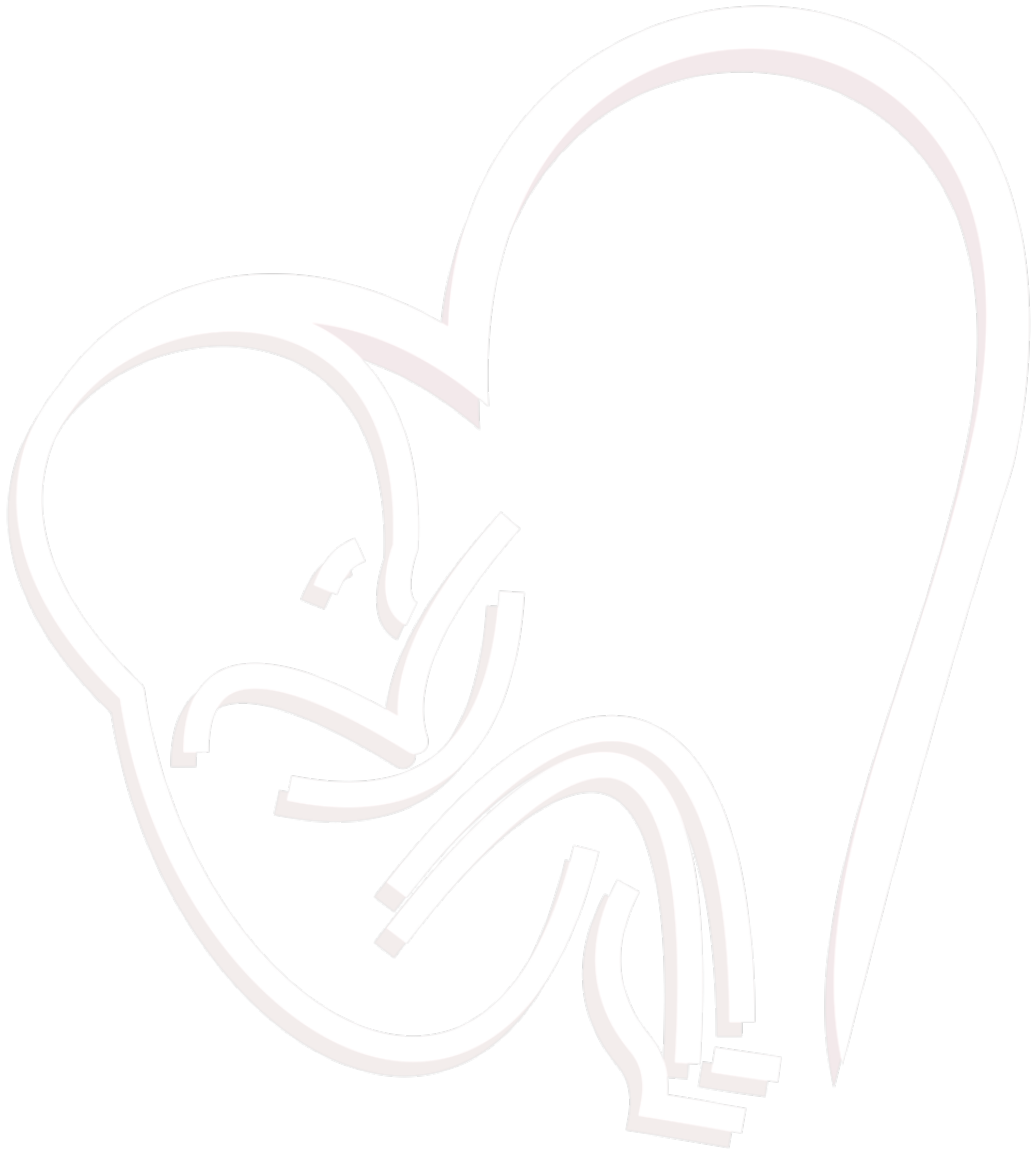


Figura 4 – Quadro Incisão cesariana, 1420.



ANEXO C

Parecer de aprovação do Comitê de Ética do IPA (Plataforma Brasil).



ÉTICA MÉDICA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PESQUISA SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Beatriz Carvalho Borges¹; Thais Machado Dias².

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas)

² Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Resumo

O presente artigo é referente à pesquisa “Ética Médica e Violência Obstétrica – Pesquisa Sobre a Formação em Saúde” realizada no ano de 2019, com o apoio e financiamento do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Este artigo procurou descrever e analisar as práticas de violência obstétrica observadas e/ou realizadas por profissionais de saúde em formação, assim como as estratégias utilizadas por esses profissionais para impedir que elas ocorressem, correlacionando tais condutas à luz do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2019) e Código de Ética do Estudante de Medicina (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2007). Os resultados evidenciam que boa parte do que se denomina hoje de Violência Obstétrica há muito já era condenado na deontologia dos conselhos de ética médica. Contudo, é possível perceber somente após o movimento organizado de mulheres e publicização em torno do conceito de Violência Obstétrica tem feito com que mulheres e alunos resistam e consigam formarem-se e ofertarem um cuidado e práticas em saúde mais próximo do preconizado.

Palavras chave: Ética médica, Violência obstétrica, Formação médica, Formação em saúde.



Introdução

No contexto da atenção obstétrica, algumas práticas no ambiente de cuidado perinatal têm sido nos últimos anos consideradas desrespeitosas e/ou violentas.

No Brasil e em outros países da América Latina, o termo Violência Obstétrica tem sido utilizado para descrever certas formas de “maus tratos” ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento (Diniz *et al.*, 2015). Um conjunto de definições tem sido proposto nos últimos anos por diversos países e instituições, sendo a Venezuela a pioneira em tipificar esta forma de violência, compreendendo-a como:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, por meio de relações desumanizadoras, de abuso, de medicalização e de patologização dos processos naturais, que resultam em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (UNFPA, 2007) (p. 30).

Dessa forma, o conceito de Violência Obstétrica pode ser expresso desde a discriminação social, realização de procedimentos desnecessários frente às evidências científicas (lavagem intestinal, realização do exame de toque repetidas vezes por mais de um profissional), negligência na assistência (impedir a mulher de ser acompanhada por pessoa de sua escolha), violência verbal (tratamento agressivo, grosseiro, humilhante, ameaçador) violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada) e uso inadequado de tecnologias e intervenções. (Sena, 2016)

Numerosos estudos no país documentam como são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao pré-natal, parto, e puerpério, nos setores privado e público (Hotimsky *et al.*, 2009) (Nations e Luz, 2008). A segunda rodada da pesquisa nacional “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” (Venturi, 2013) contribuiu de forma inédita para dar visibilidade ao tema da Violência Obstétrica, despertando surpreendente interesse da grande mídia. Segundo o estudo, cerca de um quarto das mulheres que haviam passado pelo parto normal relatou alguma forma de violência na assistência, o que também foi referido por cerca de metade das mulheres que passaram por um aborto.



Neste cenário, a formação dos profissionais de saúde tem papel estruturante no desenho atual da assistência, e por vezes é marcada por práticas que podem ser por vezes descoladas de balizamento ético, com a priorização de competências em detrimento de valores como o cuidado.

Uma das maiores pesquisadoras em violência obstétrica no país, Simone Diniz, (Diniz *et al.*, 2015) enfatiza que rotineiramente ocorrem situações em que mulheres são objetificadas em prol do treinamento de internos e residentes. Dessa forma, frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento nos alunos e posteriormente nos profissionais. Estudos sobre o ensino das profissões de saúde mostram que essa crítica, no entanto, não se restringe à obstetrícia, nem mesmo à medicina, aplicando-se, em variadas intensidades, a todas as profissões de saúde. O conjunto da educação dos profissionais recorrentemente é alvo de críticas, por pacientes, alunos e docentes pela dificuldade de prepará-los com formação humanista tão necessária às práticas de cuidado. (Diniz e Ayres, 2001)

O presente artigo discute sobre a formação em saúde e sua importância na construção da prática profissional. (Patrícia, li e lii, 2008) Considerando que a graduação deve propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais, desde o início dos cursos, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia (Brasil e Ministério da Educação, 2014), é imprescindível discutir sobre a sua importância na formação ética profissional.

A partir desta concepção, há neste trabalho uma aposta teórica de que muitas das práticas que se considera hoje como Violência Obstétrica se enquadram fundamentalmente em categorias de violações aos deveres dos médicos e demais profissionais de saúde e aos direitos dos pacientes assegurados pelo Código de Ética Médica. Utilizamos como base para a discussão de deontologia da profissão o Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2019) com o intuito de evidenciar artigos que determinam práticas clínicas éticas violadas nas diversas situações que se consideram violência obstétrica. Além disso, contamos também com o reforço do Código de Ética do Estudante de Medicina (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2007), elaborado pelo Conselho Federal de



Medicina, Conselhos Regionais de Medicina e entidades estudantis vinculadas ao ensino nessa área do conhecimento.

Percursos Metodológicos de Pesquisa

A pesquisa aqui apresentada é resultado de meses de um intenso e extenso percurso metodológico, que contou com adaptações a fim de que se cumprissem os objetivos iniciais de conhecer as experiências vivenciadas por acadêmicos e ex-acadêmicos enquanto estudantes, e seu comportamento frente às situações de Violência Obstétrica testemunhadas ou praticadas.

O caminho percorrido apresentou grandes dificuldades metodológicas. Para além do percurso de produção científica que em geral sempre se mostra mais complexo do que pesquisadores supõem, acreditamos que estes entraves aconteceram especialmente devido à natureza contra hegemônica do tema, que ainda gera muitos incômodos e estranhamento a alguns profissionais e docentes dentro da academia, e dos locais de assistência.

Por 10 meses o trabalho tramitou em comitês internos de avaliação de pesquisa com uma série de argumentações que muitas vezes eram frágeis do ponto de vista metodológico, mas evidenciavam, no entanto, um grande temor diante dos possíveis resultados da pesquisa. Nesse sentido, tornou-se praticamente inviável a proposta inicial do trabalho de realização de um grupo focal homogêneo de estudantes de uma faculdade de medicina específica, pois assim, segundo estes comitês, seria identificável o local onde as práticas descritas e analisadas ocorreram, e havia um sério desconforto institucional com essa possibilidade.

Foram necessárias mudanças metodológicas importantes, alterando os sujeitos participantes de apenas estudantes do internato médico de uma faculdade de Campinas - SP, para estudantes e ex-estudantes das diversas áreas de saúde em São Paulo e Campinas - SP. Além disso, houve o impedimento de que a pesquisa acontecesse dentro do ambiente universitário, com a justificativa de que seria prejudicial ao internato de ginecologia e obstetrícia, o que nos exigiu a busca por parcerias fora da Universidade. Este fato nos custou a presença de muitos acadêmicos, e, por outro lado, nos possibilitou encontrar parcerias muito importantes para a realização dos grupos, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, em São Paulo, e o Espaço Sabiah, em Campinas. Espaços que historicamente lutam pela humanização do parto em seus respectivos municípios.



Desta forma, consideramos importante ressaltar que optamos por desenvolver uma pesquisa intervenção, assumindo como uma atitude de pesquisa a ideia de que a interferência do investigador em relação ao sujeito pesquisado não constitui uma dificuldade própria às pesquisas sociais, ou em uma subjetividade a ser superada ou justificada no tratamento dos dados, configurando-se antes como condição própria do conhecimento. (Ferigato e Carvalho, 2011) Trabalhamos, portanto, com a ideia de que pesquisar nos remete a uma interferência, de forma que produzir conhecimento é indissociavelmente, também, transformar a realidade e a nós mesmos. Mais do que “conhecer para transformar” esse trabalho se conduz pela ideia do “transformar para conhecer” (Aguiar e Rocha, 1997). Assim, a intervenção em saúde terá sempre um caráter clínico-político e defendemos que seja uma prática desnaturalizadora das ações.

O caráter de intervenção da pesquisa foi percebido em muitos momentos. A começar pela divulgação do evento, que necessitou de publicidade sobre o tema, que é sensível a muitas mulheres e muitos profissionais. Foi muito interessante perceber que diante da divulgação dos grupos, muitas pessoas se sensibilizaram e procuravam a pesquisadora e a orientadora para discutir o assunto de maneira informal. Durante os grupos, à medida que as discussões aconteciam, os sujeitos identificavam possibilidades de melhoria e aprendizado, ao questionar aos demais participantes sobre como agir de maneira eficiente para evitar situações abusivas no atendimento às mulheres.

As intervenções-metodológicas foram realizadas nessas instituições parceiras, fora do ambiente acadêmico, de forma pública, com convites realizados por meio de mídias sociais.

Os grupos foram conduzidos pela orientadora da pesquisa, sendo a pesquisadora responsável pelo registro das discussões em áudio e vídeo. Durante os grupos, utilizamos um roteiro de questões motivadoras de discussão, a fim de instigar os participantes a elaborar suas experiências vividas a partir dos questionamentos feitos. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as perguntas aqui elencadas foram feitas, respeitando a liberdade de fala dos participantes e o tempo disponível para os grupos, que duraram, em média, 2 horas cada um:



- Você já ouviu falar em violência obstétrica? Em caso afirmativo, onde?
- O que você acha que é violência obstétrica?
- Você já presenciou algum caso de violência obstétrica na família?
- Como você vê a relação entre violência obstétrica e a ética?
- Você já presenciou algum caso de violência obstétrica em algum momento do curso? Em caso afirmativo, qual?
- Caso tenha presenciado, qual foi sua postura diante do ocorrido? Qual foi a postura do profissional assistente diante do caso?
- Como você vê a relação entre violência obstétrica e o ensino?

Nos grupos houveram muitos relatos, estratégias e questionamentos individuais, que se tornavam coletivos a partir do momento em que eram expostos, e possibilitaram uma interação bastante singular entre participantes e pesquisadores. Configurou-se como uma espécie de entrevista coletiva e em um espaço de intervenção fundamentalmente.

Como já observado em outras pesquisas realizadas por Miranda¹², percebemos que os grupos produziram muito mais do que respostas aos questionamentos motivadores da pesquisadora. Os integrantes construíram novos questionamentos a partir das suas próprias práticas e vivências, acerca de como lidar com essas questões de maneira que resulte em melhorias no atendimento às mulheres no ciclo gravídico puerperal.

Os resultados obtidos nos grupos afirmaram a inseparabilidade entre o ato de produzir conhecimento e o ato de intervir nos serviços pesquisados (Ferigato e Carvalho, 2011): A flexibilidade do uso da técnica de acordo com as necessidades particulares de nossa pesquisa provoca a reflexão de que o trabalho em pesquisa, embora parta de um ponto determinado, acaba por fazer-se caminhando. “Pesquisa e pesquisador são construídos simultaneamente, de modo que uma rede de sentidos é produzida e mantida viva” (Miranda *et al.*, 2008) (p. 56).

A investigação, portanto, além de produzir conteúdo de análise qualitativa do ensino de obstetrícia nas diversas áreas de saúde, possibilitou que os sujeitos pesquisados refletissem sobre suas práticas, se questionassem, e problematizassem uns aos outros sobre o que poderiam fazer, a partir daquele momento, para agir de forma mais efetiva no combate à violência obstétrica.



O campo de análise, portanto, foi construído junto ao campo de intervenção, sendo a produção do conhecimento indissociável à transformação da realidade. Dessa forma corroboramos o que diversos estudiosos concluíram sobre o ato político de toda investigação, defendendo que toda pesquisa é intervenção e que toda intervenção em saúde é sempre uma atitude clínico-política (Aguilar e Rocha, 1997).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP Campus Campinas, via Plataforma Brasil, pelo parecer número 3.600.953.

Apresentação dos Resultados Obtidos

Os grupos de discussão foram realizados nos meses de Novembro e Dezembro de 2019, em dois municípios do estado de São Paulo (Campinas e São Paulo) com presença de estudantes e ex-estudantes de muitas instituições de ensino diferentes. Os grupos foram compostos no total por 31 participantes, 268 minutos de discussões em torno do tema proposto foram gravados em áudio e vídeo, que se configuraram em 45 páginas de transcrição originalmente.



Tabela 1 - Composição dos grupos

Categoria Profissional	Número de Participantes	Ano de formação ou graduação
Médica	5	1998, 2005, 2010, 2018 e 2019
Estudante de Medicina	13	2º ano de graduação (1), 3º ano de graduação (1), 4º ano de graduação (3), 5º ano de graduação (7) e 6º ano de graduação (1)
Enfermagem	2	2008 e 2014
Estudante de Enfermagem	1	3º ano de graduação
Obstetrícia	1	2013
Estudante de Obstetrícia	1	4º ano de graduação
Psicologia	2	2000 e 2005
Direito	4	1999, 2014 (2) e 2016
Antropologia	1	5º ano do Doutorado
Sociologia	1	1º ano do Mestrado



Tabela 2 – Práticas violentas presenciadas

Práticas	Categoria Profissional/ ano de formação
Alocação de Fórceps para treinamento de residente	Médica A (1998)
Episiotomia de rotina	Médica A (1998) e Estudante de Medicina F (5º ano de graduação)
Paciente restrita ao leito	Médica A (1998) e Obstetrix (2013)
“Ponto do marido”	Médica A (1998) e Enfermeira B (2014)
Enema	Médica A (1998)
Tricotomia	Médica A (1998)
Kristeller	Obstetrix (2013)
Amniotomia	Obstetrix (2013)
Toque vaginal de rotina	Médicos A (1998) e D (2018), Enfermeira B(2014)
Discriminação racial	Médica B (2005)
Ocitocina de rotina	Médico D (2018), Estudantes de Medicina F e H (5º ano de graduação)
Conduta punitiva com as mulheres	Médico D (2018) e Obstetrix (2013)
Menosprezar queixa/desqualificar informações	Estudante de Medicina G (5º ano de graduação)
Dessensibilização do profissional	Estudantes de Medicina G e I (5º ano de graduação)
“Limpar plantão”	Médica E (2019)
Cesárea sem indicação	Médica E (2019)
Imposição de procedimentos/violação da autonomia da mulher	Estudante de Medicina I (5º ano de graduação)
Imposição de procedimentos/violação da autonomia do estudante	Enfermeira B (2014)
Restrição hídrica/alimentar de rotina	Enfermeira B (2014)
Falta de informação à mulher	Estudantes de Medicina F, I e J (5º ano de graduação), Médica C (2010) e Estudante de Obstetrícia (4º ano de graduação)



Tabela 3 – Práticas realizadas pelos estudantes para evitar situações violentas

Práticas	Categoria profissional/ ano de formação
Estar ao lado, amparar	Médica B (2005)
Informar a mulher sobre o momento e os procedimentos	Estudante de Medicina F (5º ano de graduação), Obstetriz (2013) e Estudante de Obstetrícia (4º ano de graduação)
Sentimento de Impotência	Estudante de Medicina F (5º ano de graduação), Obstetriz (2013) e Médica E (2019)
Pedir desculpas à mulher por realizar procedimentos dolorosos	Obstetriz (2013)
Desistir da expectativa de ver nascer, somente cuidar da mulher	Obstetriz (2013)
Pedir ao superior que fizesse algo para aliviar a dor	Estudante de Medicina H (5º ano de graduação)
Questionar condutas/práticas	Estudantes de Medicina F, H e I (5º ano de graduação), Médica C (2010)
Aquecer bolsa de água quente e fazer massagem	Médica E (2019)
Se negar a realizar procedimentos	Médica C (2010) e Obstetriz (2013)
Realizar práticas que julgava inadequadas, por ordem de superior	Enfermeira B (2014)
Mentir sobre evolução do trabalho de parto	Enfermeira B (2014), Obstetriz (2013) e Estudante de Obstetrícia (4º ano de graduação)
Realizar „puxo dirigido“ para acelerar evolução do parto e evitar episiotomia	Estudante de Obstetrícia (4º ano de graduação)
Bloqueio físico do acesso ao corpo da mulher por outros	Estudante de Obstetrícia (4º ano de graduação)



Discussão dos Resultados

Reconhecendo a limitação em termos de extrapolações que a pesquisa implica, nosso objetivo não foi produzir generalizações a respeito do panorama da violência obstétrica ou das práticas de resistência realizadas por estudantes, mas sim dar visibilidade a esses saberes localizados. Conhecer, a partir da fala de um grupo específico, algumas das práticas consideradas por eles como formas de violência obstétrica, e como, enquanto estudantes se relacionaram com elas. Não foi nosso objetivo estimar frequência de ocorrência ou mostrar/provar que Violência Obstétrica existe. Partimos da premissa de que isso já foi discutido em pesquisas anteriores e que, portanto, se trata de uma categoria de violência reconhecida como tal³. Nosso principal objetivo, além de tornar possível a fala dos estudantes, foi o investigar se o ensino é um cenário potente para a transformação de práticas violentas, e de proteção das mulheres.

O objetivo do presente artigo é discutir os resultados da pesquisa à luz do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2019) e Código de Ética do Estudante de Medicina (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2007).

Ao mesmo tempo em que as melhores evidências científicas são atualizadas e divulgadas em publicações, muitos cursos das áreas de saúde ainda têm sua bibliografia baseada em livros desatualizados, com poucas orientações aos estudantes, em especial de graduação, sobre como buscar, avaliar criticamente e revisar os estudos disponíveis a respeito de um determinado tema. Assim, os formandos têm conhecimento sobre as mais recentes evidências científicas restrito, tratando as melhores práticas baseadas em evidência, em especial em relação à condução da assistência ao parto, “como questões „de opinião”, „de filosofia”, e não como o padrão-ouro da assistência” (Diniz *et al.*, 2015) (p. 4). Essa atualização científica, defendida pelo Código de Ética Médica: “Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade” (Conselho Federal de Medicina, 2019) (Cap. I, Art. V), foi referida pelos participantes da pesquisa como de difícil prática nos estágios de ginecologia e obstetrícia, por diversos motivos, especialmente a carga horária dos estágios e demanda de atendimentos:



É o estágio mais rigoroso, em termos de organização, carga horária. A gente tem uma responsabilidade maior, é a única vez que você trata um paciente, mas são dois. A demanda é grande e eles fazem você cumprir o horário, fazer e produzir. Quando você vai passar visita e os médicos vão chegar às 8 horas, você tem que chegar antes, evoluir todos os pacientes para as 8 horas passar para o chefe. Quando era um dos professores mais exigentes, eu tinha que chegar às 5 horas da manhã para evoluir tudo antes de ele chegar. A gente tinha que decorar os casos, era muito rigoroso. E, além disso, tinha plantão, ficávamos das 7 às 19h todos os dias no horário de aula, não tinha janela. E das 19h às 7h da manhã no plantão, sem descanso depois. Um ou outro dava a sorte de ter uma janelinha na manhã seguinte, mas era uma vez na semana. (Estudante de Medicina F)

O que não foi apresentado como exclusivo dos alunos de graduação, mas também da residência médica:

Uma vez fizemos umas perguntas a uma residente do primeiro ano da GO, na primeira semana dela no centro obstétrico, e ela disse que nós sabíamos mais do que ela, porque eles só começavam a estudar no segundo ano da residência. [...] Não precisa nem ser só a residência, o estágio da GO, que é o mais puxado da faculdade, das 7 da manhã às 19 horas, você chega em casa e só quer dormir. Você precisa dormir porque tem que acordar às 5 horas da manhã e às vezes tem que estar na faculdade às 5 horas da manhã para começar a evoluir os casos para passar visita às 8 horas. Não dá, você quer estudar, você quer, mas não consegue. O que eu fiz no estágio da GO foi estudar com o material que eu já tinha dos semestres passados e 10% ler alguma coisa nova em algum momento de lucidez acordada. (Estudante de Medicina I)

Este viés de formação apontado por Diniz apareceu algumas vezes durante nossos grupos de discussão, como na fala do Médico D, formado no ano de 2018:

Tinha uma professora que era muito militante do parto humanizado e era meio escanteada dentro da minha faculdade. Primeiro porque ela chegava na sala de parto e apagava a luz, colocava uma música, e aquilo já era considerado um absurdo. Então a faculdade começou a incorporar alguma coisa do parto humanizado, mas de uma maneira fria, gelada. (...) E apesar de as pessoas irem incorporando isso, essa professora, que era contra indução, que era contra usar fórceps, era muito escanteada e mal vista dentro da instituição, pelos profissionais, pelos residentes e pela maioria dos alunos. Ela era mal vista, vista como não científica. Tinha essa separação: a parte científica, e ela que era da humanização. (Médico D)



Ainda neste contexto, práticas utilizadas com fim exclusivo de aprendizado foram citadas por diversos profissionais, como no trecho que segue:

Fórceps PTR, que era para treinamento de residente. Então a gente fazia e alocava fórceps sem indicação nenhuma, porque a gente tinha que aprender. Ela era submetida a um fórceps sem necessidade porque eu precisava aprender, e eu não sentia nenhuma culpa, achava que era absolutamente normal. Eu fiz aprendendo, ensinei outras pessoas também fazerem fórceps sem indicação, só para treinamento.
(Médica A)

Podemos perceber, ainda, que essa prática não é exclusiva da área médica: *“Tem aquele discurso também, que precisa fazer para aprender para caso um dia precise. É uma violência generalizada”* (Obstetriz, formada em 2013).

Relacionamos esse ambiente de ensino que utiliza a mulher como campo de estudo excluindo o objetivo curativo ou de alívio da prática médica com violações aos seguintes artigos do Código de Ética Médica: “É vedado ao médico: Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País” (Conselho Federal de Medicina, 2019) (Cap. III, art. IV) ou e do Código de Ética do Estudante de Medicina:

As atividades de graduação [...] têm por finalidade preparar integralmente o estudante de medicina para o futuro exercício da profissão médica. Essas atividades devem beneficiar o paciente, o estudante, a instituição de ensino e a sociedade, guardando respeito pelo ser humano (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2007) (Cap. III, art. VII).

Ainda neste sentido, uma questão muito levantada durante os grupos, foi a realização de procedimentos dolorosos, humilhantes e desnecessários, sem saber que eram violentos. A fala da Médica A ilustra esse fato: *“A gente praticava violência obstétrica sem ter noção de que a gente estava praticando violência. Era uma coisa que a gente fazia e nunca parava para pensar”*. A mesma médica justifica o fato de que essas práticas violentas ainda ocorram como uma falta de análise crítica: *“Quando você aprende, quando todo mundo faz, é o normal. Paciente não questionava porque todo mundo fazia, os médicos, ninguém questionava, então eu estava fazendo bem”*, o que também foi afirmado pela Médica B: *“Quando a gente está em aprendizado é mais difícil olhar com senso crítico para essas coisas, porque a gente não consegue expandir para esse outro olhar, com crítica, para questionar”*. A Obstetriz alerta para o fato de que a violência obstétrica é passível de ocorrer o tempo todo:



O que eu quero dizer com isso é que a violência obstétrica está sempre rondando, ela está sempre muito perto. Porque é isso, é alguém numa situação de vulnerabilidade e a pessoa da assistência numa situação de poder de alguma forma, então tem que estar muito atento o tempo inteiro. (Obstetrix)

Neste sentido, vários estudantes de Medicina se queixaram do sentimento de vulnerabilidade durante o aprendizado:

A gente não sabe o que realmente precisa, a gente enquanto estudante chega no hospital e não sabe se isso não precisa, ou estão fazendo porque deve ter alguma coisa científica. Mas sinto uma sensação estranha, tipo alguma coisa parece que está errada. (Estudante de Medicina G)

Essa falta de informação gera uma queda na qualidade da assistência, na opinião de outra estudante: *“E aí acho que a gente deixa de ajudar muito, porque assumimos todas as coisas e não temos informação. A gente não sabe o que fazer, porque a bola é decorativa dentro do centro obstétrico”* (Estudante de Medicina H). À luz do Código de Ética do Estudante de Medicina, defendemos a importância da participação do estudante sobre seu processo de formação, elencada no referido código: “O estudante de medicina tem direito à liberdade de expressão, podendo questionar decisões que interfiram no cotidiano estudantil, sugerindo melhorias que julgar adequadas” (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2007) (Art. VIII). Neste sentido, alguns estudantes encontraram no questionamento de superiores residentes ou médicos assistentes uma saída eficaz para a violência presenciada:

E quando nós começamos a perceber essas coisas, começamos a questionar e discutir, e aí o chefe começou a tentar entender também. E aí assistência mudou. Então eu percebi nesse momento que se você começa a discutir isso, começa a enxergar o que você consegue fazer para ajudar. São coisas pequenas né? Conversar com a paciente, fazer massagem, usar a bola, colocar no banho. Nós começamos a apagar a luz do pré-parto, pegar toalha para as mulheres que antes enxugavam no lençol. Um dia a gente começou a perguntar e perceberam que não tinham toalha, aí agora começaram a levar toalha para o pré-parto. (Estudante de Medicina I)



O sentimento de impotência, no entanto, foi especialmente citado entre as emoções de estudantes que presenciam uma assistência que julgam inadequadas e não se sentem seguros para questionar:

A partir do momento que eu fiquei calada, eu consenti com aquilo sabe? Mas ao mesmo tempo eu me senti muito impotente, porque como eu ia virar para residente e falar:

„oi, vai com calma”, você não quer desmoralizar um superior em frente ao paciente. Eu me senti muito impotente e aterrorizada, porque eu senti que eu não podia fazer nada para aquela situação a não ser simplesmente acalmar uma vítima, sabendo que não teria nenhum sucesso. (Estudante F de Medicina)

A Obstetriz questiona a autonomia do estudante enquanto estagiário e prestador de serviços nos sistemas de saúde:

No fundo a gente como estudante está na mesma situação das mulheres, de ficar calada. [...] O que diziam na minha graduação é que a obstetrícia é muito difícil de conseguir campo, então falavam pra gente não causar, para não ferrar o campo de estágio. (Obstetriz)

Essa autonomia também foi questionada pela Médica E, quando afirmou que os internos não são educados para questionar, mas para temer:

Talvez existam algumas coisas que a gente faz que não sejam tão legais. E a gente não é educada para se questionar, tem muitas coisas que eu ainda acho que são normais, tem coisas que eu sinto que estão erradas, mas eu também não vou questionar, porque quando você é interno você é a bosta do cavalo do vilão. Então quem é o interno pra falar alguma coisa? A regra é se cuidar para você não fazer nada errado e você não tomar esporro, ou residente tomar junto e aí vai ser pior ainda para você. (Médica E)

Esta discussão sobre a autonomia foi levantada também em referência ao direito do estudante de se negar a realizar procedimentos que julgar inadequados, desnecessários ou contra seus princípios. A omissão de consciência, no entanto, foi referida como prática pouco aceita pelos preceptores, como na fala da Enfermeira B:



Um dia chegou uma primigesta e logo disseram que eu teria que fazer episiotomia. Aí eu questionei o motivo, porque ela tinha acabado de chegar, a gente nem a conhecia, e eles respondiam que é porque ela era primigesta e a gente não ia ficar testando aquele períneo. Eu ficava quieta, porque não tinha conhecimento suficiente para tentar debater. Na hora de fazer, eu tremia, só tinha treinado em carne. Na hora eu travei, eu não conseguia me imaginar cortando o períneo de uma pessoa. Aí a preceptora aspirou a anestesia, me entregou e eu travei. Ela começou a gritar comigo falando que eu era uma incapaz, que não sabia o que eu estava fazendo lá, tudo isso na frente da mulher, na frente de todo mundo. Aí eu já estava chorando, porque eu não queria fazer aquilo, comecei a chorar ainda mais e falei que se ela quisesse, era pra ela fazer, porque um dia talvez eu conseguisse, mas naquele dia não. Aí eu saí de campo, mas ela me puxou pelo braço, colocou minha mão junto com a mão dela na tesoura e me obrigou a cortar. Eu saí de lá nesse dia muito certa de que eu nunca mais iria pisar naquele lugar. Eu não conseguia imaginar voltar para um cenário daquele. (Enfermeira B)

Essa dessensibilização, relacionada tanto à dor das pacientes, quanto a autonomia e sentimentos dos estudantes, foi particularmente comentada pelos participantes quando se referiam aos seus preceptores e residentes nos estágios. A Estudante G de Medicina relaciona essa perda de sensibilidade com o tempo de prática clínica:

E outra coisa que me chocou muito é ver um residente no começo da residência, nos primeiros meses de R1, e depois, quando a gente voltava para o estágio, sete meses depois, como ele se dessensibilizam. Eles perdem completamente a sensibilidade pelas pacientes. (Estudante G de Medicina)

Neste contexto de ensino-aprendizagem, os participantes revelaram se sentir responsáveis pelas pacientes que cuidavam, o que é positivo e esperado para o tempo de formação, em que as responsabilidades aumentam gradativamente. Assim, os estudantes procuraram encontrar formas de contornar os atos violentos e/ou desrespeitosos, muitas vezes direcionando o foco do cuidado exclusivamente para a mulher e seu bem-estar. A médica B, formada em 2005, refere esses momentos como o preenchimento de um vazio:



Eu me lembro da minha mão sendo esmagada pelas mãos de algumas pacientes, eu me lembro de me sentir útil no sentido de estar ali e ser a única pessoa presente ali naquele momento. Senão era um vazio. Às vezes eu tinha que me dividir entre duas, porque elas ficavam horas sozinhas. Então essa sensação de estar preenchendo um vazio desse abandono, para mim, foi bem importante. (Médica B)

O ato de informar as mulheres sobre os procedimentos que eram realizados também foi expresso como uma oportunidade preparar as gestantes, instruir sobre a fisiologia do parto e seus processos e ajudar na evolução do trabalho de parto, além de protegê-las contra eventuais procedimentos desagradáveis: *“E era só pegar na mão da paciente, conversar um pouco com ela, dar um pouquinho de informação e a criança nascia”* (Estudante F de Medicina).

Uma das coisas que eu geralmente faço é, se eu tiver um espaço sozinha com a mulher, conversar com ela e falar que é o corpo dela, que ela pode dizer não se alguma coisa estiver a incomodando, que ela pode perguntar sobre o que vão fazer no corpo dela. Esse tipo de coisa que a gente não tem coragem de falar na frente da equipe, porque a equipe não concorda com falar pra mulher que ela é o sujeito no parto, que ela pode recusar algum procedimento, acham que isso vai atrapalhar o ritmo que julgam que o parto tem que ter. (Estudante de Obstetrícia).

O contato com a mulher, portanto, foi manifestado como uma ferramenta de acalmar a mulher, informar e combater situações dolorosas, para propiciar a paciente uma experiência positiva deste momento tão singular.

Talvez a maior ferramenta de driblar a violência obstétrica seja o contato com as mulheres. Estou me lembrando de várias cenas em que foi importante dizer que estava e que iria ficar tudo bem, acalmar os momentos de agitação, tocar, pedir desculpa e dizer que eu estava sendo obrigada a fazer o exame de toque ou outra coisa, pedir licença. Eu sempre fiz esse tipo de coisa na graduação. É tanta invisibilidade, que você só olhar para uma mulher já faz a diferença. (Obstetriz)



Conclusão

Pretendemos discorrer neste artigo a relação entre os fatos relatados pelos participantes da pesquisa e as orientações presentes no Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2019) e Código de Ética do Estudante de Medicina (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2007).

Apesar de o termo Violência Obstétrica ter sido cunhado pela primeira vez apenas em 2007 na Venezuela, nos foi bastante evidente durante a pesquisa que muitas práticas do que se considera hoje Violência Obstétrica já são há muitos anos combatidas pelos conselhos de éticaprofissionais do ponto de vista deontológico.

No entanto, compreendemos que a nomeação específica desse tipo de prática foi o ponto mais decisivo nos últimos anos para o combate a essa forma de violência, ou a compreensão de que se trate de violência de gênero, ainda que a literatura internacional use muitas vezes nomeações como *disrespect* ou *mistreatment*. Isso, visto que pelo menos no país os esforços dos conselhos de ética nacionais ainda estavam distantes de serem efetivos nessa luta. A nomeação própria, e a força dos movimentos de mulheres é que propiciou, a nosso ver, as mudanças sociais e institucionais concretas que foram necessárias para esse enfrentamento, e ajudaram inclusive a efetivação das diretrizes propostas pelos conselhos.

Ao relatarem suas experiências, enquanto estudantes, na assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, os participantes demonstraram que suas fontes de aprendizado ultrapassam o currículo formal da educação em saúde. Muito além das salas de aula, dos livros-texto e artigos científicos, comportamentos e atitudes de preceptores, professores, residentes e supervisores, servem de exemplos e contraexemplos para o aprendizado da prática clínica, no dia-a-dia. Essa dimensão informal do processo educacional é denominada currículo oculto, e sua influência é ainda mais perceptível nos ambientes clínicos e de aprendizado prático (Benedetto, De e Gallian, 2018). Nesse sentido, o exemplo cotidiano de supervisores que têm uma prática clínica desvinculada, na maioria das vezes, de seus aspectos éticos expressos no Código, contribui em uma formação em saúde por vezes desatada destes mesmos valores.

No entanto, é possível perceber que o movimento de mulheres e a publicização em torno do conceito de Violência Obstétrica tem feito com que os próprios alunos, ainda que com dificuldade, resistam ao currículo formal e oculto e consigam em alguns momentos formarem-se e ofertarem um cuidado mais próximo do preconizado.



Referências

AGUIAR, K.; ROCHA, M. L. DA. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política.

Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, v. 3/4, p. 87–102, 1997. BENEDETTO, M. A. C. DE; GALLIAN, D. M. C. The narratives of medicine and nursing students: The concealed curriculum and the dehumanization of health care. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 67, p. 1197–1207, 2018.

BRASIL; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/ CES de 20/06/2014. **Diário Oficial da União**, v. 3, p. 8–11, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. 2019.

DINIZ, C. S. G.; AYRES, J. R. DE C. M. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2001.

DINIZ, S. G. *et al.* ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL

HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION. **Journal of Human Growth and Development**, 2015.

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, C. R. DE M.

DO E. DE S. P. **Código de Ética do Estudante de Medicina**. 3ª ed. São Paulo: [s.n.]. FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: Conexões. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 38, p. 663–675, 2011.

HOTIMSKY, S. N. *et al.* A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. n. 1, p. 1–14, 2009.

MIRANDA, L. *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. **Pesquisa Avaliativa Em Saude Mental: Desenho Participativo E Efeitos Da Narratividade**, p. 249–277, 2008.

NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como Pano de Chão: experiência



de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro “ Stepped-on like a Floor-Mat ”: human experience of hospital violence in the Northeast of Brazil. p. 61–72, 2008.

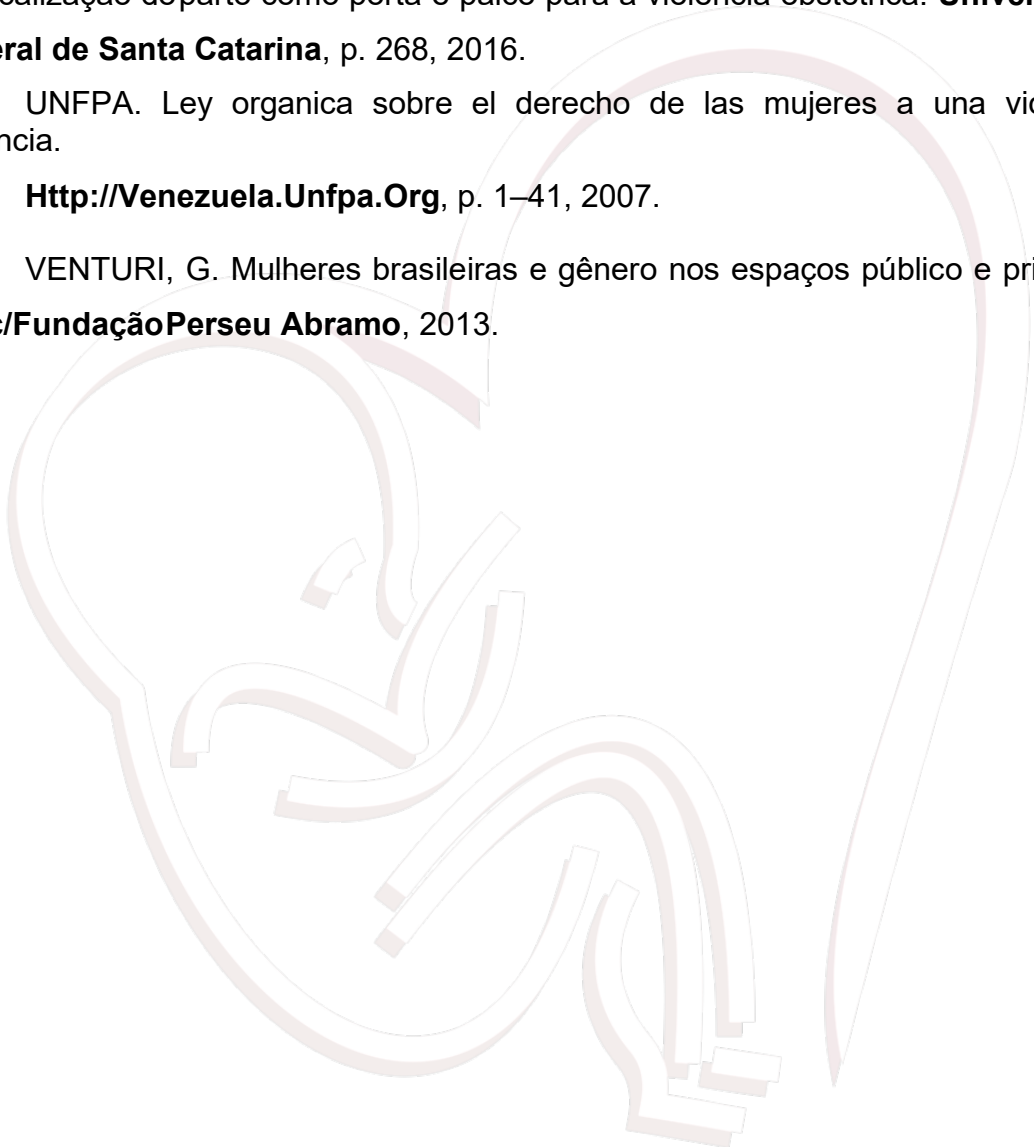
PATRÍCIA, A.; II, G.; III, R. S. Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica. v. 32, n. 4, p. 482–491, 2008.

SENA, L. M. “Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.” A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. **Universidade Federal de Santa Catarina**, p. 268, 2016.

UNFPA. Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

[Http://Venezuela.Unfpa.Org](http://Venezuela.Unfpa.Org), p. 1–41, 2007.

VENTURI, G. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. **Sesc/Fundação Perseu Abramo**, 2013.



**POLÍTICAS NEOLIBERAIS NA SAÚDE PÚBLICA E ASSISTÊNCIA PERINATAL:
AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS SOFRIDAS POR MULHERES NEGRAS E POBRES**

Fernanda Araujo Pereira¹

RESUMO

Este artigo pretende discorrer sobre políticas neoliberais no âmbito do SUS e sobre violências obstétricas contra as suas usuárias. Considera-se que muitas delas são negras e pobres, as que menos têm acesso à rede privada de saúde. O objetivo desta investigação é compreender se tais políticas hoje em curso no Brasil podem estar relacionadas à prática de mais violências obstétricas no SUS. Acredita-se que essa compreensão pode contribuir para reflexões sobre como pautar a luta por direitos das mulheres na assistência perinatal. A pesquisa é de natureza teórica. Os resultados são a demonstração de que o neoliberalismo orienta muitas decisões políticas brasileiras e de que esse panorama prejudica a consolidação do SUS e a garantia do direito à saúde no Brasil. Assim, entende-se que relações entre a precarização do sistema e a prática de certas violências obstétricas na rede pública são possíveis. Nas considerações finais, indica-se que políticas neoliberais, especialmente as de austeridade, são um fator que pode estar relacionado a mais violações de direitos na assistência perinatal contra as usuárias do SUS, boa parte composta por mulheres atravessadas e constituídas por discriminações de raça e classe. Este trabalho apresenta reflexões desenvolvidas na pesquisa demestrado em curso no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGD-UFMG). Os resultados são parciais e as conclusões são preliminares.

Palavras-chave: Políticas neoliberais. SUS. Violências obstétricas.



1 INTRODUÇÃO

As violências obstétricas são um problema que frequentemente vitimiza as mulheres² no Brasil e que vêm sendo progressivamente mais estudado (DINIZ et al., 2015, p. 2). Nesse sentido, muitas pesquisas demonstram que as formas com que a assistência perinatal é ruim e violenta variam muito a depender da raça e da classe social das gestantes, das parturientes e das puérperas, bem como da rede de atendimento na qual ela é prestada (DINIZ; CHACHAM, 2006; LEAL et al., 2017; TOMASI et al., 2017). Refletindo sobre essa temática, passei a questionar quais fatores na atual conjuntura político-jurídica brasileira contribuiriam não só para a prática dessas violações de direitos, como também para as suas manifestações díspares ediscriminatórias com as diferentes mulheres do Brasil.

Tais questionamentos me conduziram à minha atual pesquisa de mestrado, que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGD-UFMG). Este artigo trata-se, portanto, de reflexões desenvolvidas a partir dos meus estudos para o mestrado. Assim sendo, todas as ideias aqui apresentadas estão em fase de elaboração e devem ser aprofundadas.

¹ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (PPDG- UFMG). Linha de pesquisa: “História, Poder e Liberdade”. fernandapereira11@rocketmail.com

² Ao longo do artigo, utilizarei a expressão “mulheres” para me referir às pessoas que sofrem violações de direitos na assistência perinatal. Apesar disso, não ignoro que pessoas trans, intersexuais e não-binárias também são vítimas de violências obstétricas.



Nas próximas seções, tentarei demonstrar a possibilidade de haver relações entre o neoliberalismo e as políticas de austeridade hoje em curso no Brasil com as violências obstétricas praticadas contra as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas delas mulheres negras e pobres. Os resultados que serão apresentados foram alcançados a partir de pesquisa teórica e são apenas parciais. Dessa maneira, as conclusões são também preliminares. Antes de iniciar o desenvolvimento deste artigo, importa trazer algumas delimitações conceituais. Portanto, embora as violências obstétricas possam ser definidas de inúmeras

formas, adoto aqui a noção trazida pela legislação venezuelana, que as conceitua como a

[...] apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA, 2007, p. 30 *apud* DINIZ et al., 2015, p. 3).

Ademais, há também muitos sentidos para a “humanização do nascimento”, sendo esse um conceito inclusive criticado e rejeitado por alguns/mas profissionais da saúde (DINIZ, 2001, pp. 83-6). Não obstante, neste trabalho me valho da compreensão de que a assistência é humanizada quando há a incorporação de tecnologia adequada, a boa interação entre parturientes e cuidadores/as, a *desincorporação* de tecnologia danosa (DINIZ, 2005, p. 629, destaque da autora) e o protagonismo da mulher.

Importa, ainda, inserir-me neste artigo. O meu interesse profissional pelo universo gravídico-puerperal partiu de um encanto pessoal pelo assunto. Na medida em que fui me engajando com essa questão, fui compreendendo que as violências no atendimento obstétrico são permeadas por discriminações não só de gênero, mas também de raça e classe. A meu ver, é muito importante considerar essa realidade nos estudos sobre e no combate a tais violações de direitos, razão pela qual a minha pesquisa trata das violências obstétricas praticadas contra as usuárias do SUS, muitas discriminadas por sua cor/etnia e/ou por sua condição de pobreza.



Ocorre que, diferentemente da maioria das gestantes, das parturientes e das puérperas a que me refiro, eu não sou uma mulher marcada por tais discriminações. Portanto, a realidade das violências obstétricas praticadas contra as usuárias do SUS é por mim acessada de forma sobretudo teórica, o que – somado à minha racialização na branquitude e à minha vivência enquanto pessoa de classe média – pode trazer limitações para o entendimento dos problemas em questão. Então, vale dizer que não desejo falar *por* ninguém. Espero que as reflexões advindas desta pesquisa (reitero: que está em curso e que por ora apresenta apenas resultados parciais e conclusões preliminares) alcancem as mulheres que vivem a realidade discutida e me permitam dialogar, teorizar e lutar *com* elas.

O artigo se estruturará a partir, primeiramente, da presente introdução. Em seguida, do desenvolvimento, dividido em três partes: uma breve apresentação do discurso e de medidas de austeridade no contexto do neoliberalismo, especialmente depois da crise financeira de 2008; um panorama geral dos reflexos de políticas neoliberais no SUS, com exemplos de medidas político-jurídicas que empecilham a sua consagração e; uma tentativa de demonstração das relações entre os impactos das políticas neoliberais na saúde pública brasileira e a prática de violências obstétricas contra as usuárias do SUS. Por fim, das considerações finais, que sintetizam a discussão, apontando a possibilidade das relações sugeridas e afirmando a necessidade de mais aprofundamentos teóricos sobre as conexões entre o neoliberalismo, a austeridade e as violências obstétricas praticadas na rede pública de saúde.



2 O DISCURSO DA AUSTERIDADE E AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS

Em 2008, começou uma grande crise econômica. Os países de economias capitalistas entraram em colapso, provocando uma recessão a nível mundial (MENDES; CARNUT, 2018,

p. 1.107). O epicentro do *crash* foi em Wall Street, mas com o passar de alguns anos, já no começo da segunda década do século XXI, o continente europeu centralizou a crise. Com a piora das condições econômicas na região, as nações europeias credoras elaboraram e impuseram conduta recessiva aos países devedores – por exemplo: Grécia, Portugal e Espanha – (SINGER, 2018, p. 42), bem como medidas austeras a países de periferia (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 15).

Destaque-se que a defesa de políticas econômicas austeras não é algo recente e, com algumas variações de significado, ocorreu em distintos momentos históricos (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, pp. 15-6). Nesse sentido, vale apontar que essa é uma ideia originada no campo da filosofia moral, tendo a palavra “austeridade” surgido

[...] no vocabulário econômico como um neologismo que se apropria da carga moral do termo, especialmente para exaltar o comportamento associado ao rigor, à disciplina, aos sacrifícios, à parcimônia, à prudência, à sobriedade... e reprimir comportamentos dispendiosos, insaciáveis, pródigos, perdulários (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 15).

Considerando esse pano de fundo semântico, os argumentos favoráveis à austeridade se intensificaram no contexto do pós-*crash* de 2008, defendendo que, em momentos de crise financeira, seria necessário adotar políticas econômicas austeras, as quais visariam a ajustar e a promover o crescimento da economia por meio de um ajuste fiscal. Em outras palavras, defendia-se que políticas fiscais restritivas (aumentar impostos ou, de preferência, reduzir gastos públicos) poderiam ter efeitos expansionistas em contextos de crise (BLYTH, 2013 *apud* ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 15). A lógica por detrás desses argumentos é a de que

[...] ao mostrar “responsabilidade” em relação às contas públicas, o governo ganha credibilidade junto aos agentes econômicos e, diante da melhora nas expectativas, a economia passa por uma recuperação decorrente do aumento do investimento dos empresários, do consumo das famílias e da atração de capitais externos (ROSSI; DWECK; ARANTES,



2018, pp. 16-7).

Houve, então, a tentativa de solução econômica pela austeridade, mas o *crash* se aprofundou na Europa, resultando numa redução geral e prolongada das atividades dos países da zona do euro³ (SINGER, 2018, p. 43). Assim, em face da dificuldade de recuperação das economias capitalistas colapsadas pela recessão⁴ (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1.107), cresceram o debate acadêmico em torno das políticas econômicas austeras, bem como os movimentos anti-austeridade (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 15).

Nesse panorama, a austeridade passou a ser identificada como potencialmente geradora de retração econômica e piora de situação fiscal. Quando um governo contrai gastos públicos, parcela da população passa a receber menos, gerando impacto na renda privada. Igualmente, a contração em transferências sociais reduz a demanda das pessoas por elas beneficiadas, desacelerando o circuito de renda (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, pp. 17-8).

Dessa forma, em contextos de crise econômica, políticas de austeridade podem gerar um círculo vicioso, no qual o corte de gastos públicos reduz o crescimento, impactando negativamente a arrecadação, piorando o resultado fiscal e, por fim, exigindo mais cortes de gastos. Portanto, em momentos como o do pós-*crash* de 2008, a adoção de medidas econômicas austeras tende a ser contraproducente e a resultar no contrário daquilo a que se propõem: queda no crescimento e aumento da dívida pública (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 18).

³ Singer aponta que em 2017, por exemplo, o produto da região era menor do que o de 2008. O movimento contracionista afetou o crescimento mundial, que recuou “[...] de 4,1% em média ao ano entre 2000-8 para 2,9%, em média, de 2009 a 2014” (2018, p. 43).

⁴ Vale dizer que o Brasil é uma dessas economias. Mendes e Carnut apontaram a queda da taxa de lucro entre 2003 e 2014, a acumulação da contração do Produto Interno Bruto (PIB) em 2015-6 e o conseqüente declínio da renda *per capita* da população brasileira como evidências da aludida dificuldade de recuperação (2018, p. 1.107).



Os resultados das experiências de austeridade depois da crise da década passada ensejaram revisões na defesa dessas políticas por parte de muitos/as daqueles/as que defendiam os seus benefícios. Além da revisão de vários/as acadêmicos/as que foram proponentes dessas medidas (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, pp. 24), tem-se que o próprio Fundo Monetário Internacional (FMI) mudou o seu posicionamento referente às propostas de austeridade em momentos de recessão econômica. No caso, o organismo passou a defender que a implementação da austeridade fiscal logo depois de um período de muitos estímulos fiscais (o que aconteceu no íterim da crise de 2008, por exemplo) “[...] pode comprometer o crescimento e piorar a situação econômica, uma vez que a austeridade reduz o PIB e aumenta as taxas de desemprego no curto prazo” (FMI, 2010 *apud* ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, pp. 24-5). Não obstante as evidências históricas do insucesso da implementação de políticas de austeridade e os fatos tanto de que o seu suporte acadêmico foi desacreditado, quanto de que a política fiscal na verdade deve ser um instrumento adotado pelos governos para reduzir desigualdades⁵ (DWECK; SILVEIRA; ROSSI, 2018, p. 37) – diferentemente daquilo que a austeridade realmente provoca –, planos econômicos austeros seguem sendo implementados pelo mundo.

No Brasil, a situação não é muito diferente: a despeito do êxito na redução da desigualdade de renda até 2014 – em comparação especialmente com outros países em desenvolvimento –, para a qual a política fiscal então adotada contribuiu (FMI, 2017; BASTAGLI et al., 2012 *apud* DWECK; SILVEIRA; ROSSI, 2018, pp. 32-3), a austeridade vem sendo a tônica das decisões políticas sobretudo depois de 2015/2016, com efeitos muito negativos para a população. A aprovação da Emenda Constitucional nº. 95 de 2016 (EC 95) foi decisiva nesse processo (DWECK; SILVEIRA; ROSSI, 2018, p. 33). É necessário, portanto, compreender o porquê da permanência desses tipos de medidas.

Nesse sentido, filio-me à compreensão exposta por Rossi, por Dweck e por Arantes de que “[...] a austeridade não é irracional, tampouco estritamente errada [...]. Trata-se de uma *política de classe* ou uma resposta dos governos às demandas do mercado e das elites econômicas à custa de direitos sociais da população e dos acordos democráticos” (MILIOS, 2015 *apud* 2018, p. 27, meu destaque).

⁵ Nesse aspecto, penso ser válido acrescentar que a obrigação de usar a política fiscal como instrumento de redução de desigualdades se funda inclusive em tratados internacionais. Segundo David, a legislação internacional de direitos humanos estipula princípios que os países devem seguir para construir as suas políticas fiscais e para elaborar os seus orçamentos nacionais, visando, por exemplo, à redistribuição de renda e à mobilização de finanças para o progresso nacional. Assim sendo, as medidas fiscais restritivas e os seus efeitos na implementação de direitos econômicos, sociais e culturais são passíveis de litígio na esfera internacional, pois o gasto público deve ser uma ferramenta para efetivar direitos e não o contrário (2018, p. 302).



Assim, a classe capitalista dominante se beneficia de medidas de austeridade de três formas: pela geração de recessão e desemprego, que reduzem pressões salariais e que aumentam a lucratividade; pela redução de gastos e obrigações sociais, que tendem a viabilizar o corte de impostos de empresas e das elites econômicas; e – muito relevante para os fins deste artigo – pela redução qualitativa e quantitativa dos serviços públicos, que aumenta a demanda de parteda população por serviços privados, em âmbitos tais como o da saúde. Logo, são viabilizados mais espaços de lucratividade privada (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 27).

Nesse contexto, vale destacar que a austeridade é um dos três sustentáculos centrais *doneoliberalismo*, que também se estrutura na liberalização dos mercados e nas privatizações (ANSTEAD, 2017 *apud* ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 27). Acrescente-se que,

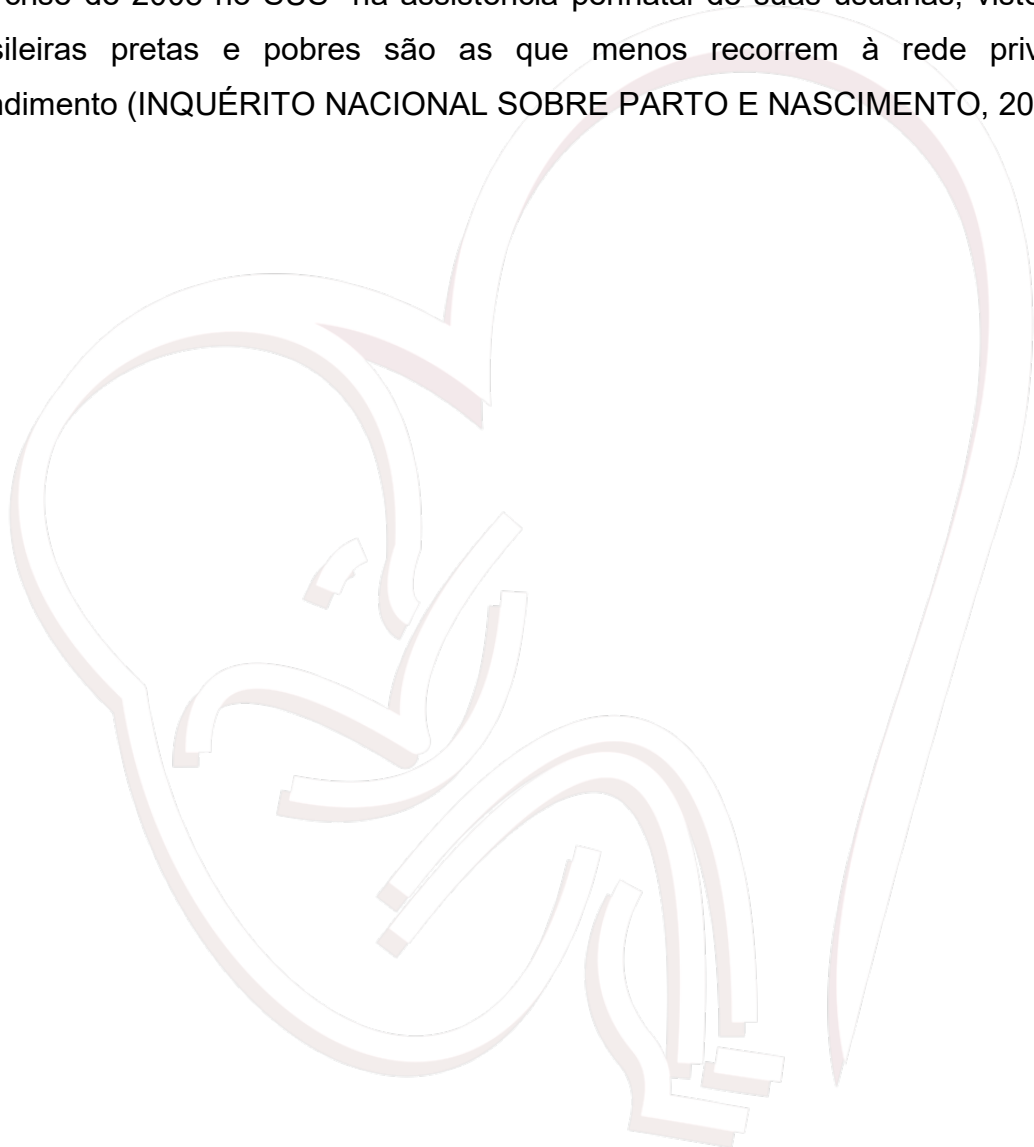
segundo Rossi, Dweck e Arantes, a racionalidade das políticas neoliberais é “[...] a defesa de interesses específicos e é ainda um veículo para corroer a democracia e fortalecer o poder corporativo no sistema político” (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 28).

Nesse ponto, gostaria de destacar que na medida em que as aludidas políticas beneficiam a classe capitalista dominante, os seus prejuízos são particularmente sentidos por uma parcela grande, mas específica da população. No Brasil, o conjunto dos indivíduos mais afetados pela recessão, pelo desemprego e pela redução de gastos e obrigações sociais e de serviços públicos é atravessado e constituído por alguns marcadores sociais, entre eles, os de classe, raça e – não menos importante – gênero.

Assim sendo, para tratar do impacto de políticas neoliberais – entre elas, a adoção de medidas de austeridade – na vida da população brasileira, compreendo que não se pode ignorar as particularidades das dificuldades enfrentadas pelas mulheres pretas e pobres. Afinal, uma vez que as mulheres são mais dependentes de políticas sociais efetivamente universais – seja porque são mais responsabilizadas pelo trabalho de cuidado nas famílias, seja porque estão inseridas de forma mais precária no mercado de trabalho, ou seja porque possuem menor acesso à renda (TEIXEIRA, 2018, p. 281) –, aquelas discriminadas também em virtude de sua cor e/ou sua condição de pobreza dependem dessas políticas ainda mais.



Diante disso, entendo ser progressivamente necessário compreender os mais variados reflexos das políticas neoliberais (de forma geral) e das medidas de austeridade (de forma mais específica) na negação de direitos às sujeitas pretas e pobres do Brasil. Em face dessa necessidade, mas também da indispensabilidade de se estabelecer um recorte para o presente trabalho, buscarei direcionar o meu olhar para os impactos das políticas neoliberais implementadas no contexto de pós-crise de 2008 no SUS⁶ na assistência perinatal de suas usuárias, visto que as brasileiras pretas e pobres são as que menos recorrem à rede privada de atendimento (INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO, 2014).



POLÍTICAS NEOLIBERAIS NO ÂMBITO DO SUS

O SUS foi instituído pela Constituição da República de 1988 (CR/88) e regulamentado pela Lei nº. 8.080/1990 e pela Lei nº. 8.142/1990 para que se consagrasse como um sistema universal, público e gratuito de saúde no Brasil. De início, considero importante compreender alguns aspectos do próprio momento de criação do SUS, que dizem sobre as dificuldades e sobre os problemas de sua implementação.

Nesse sentido, tem-se que a instituição do padrão de proteção social assegurado pela CR/88 – que garantiu a universalização da saúde pública – aconteceu de forma “tardia” no Brasil. Na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, o nível de amparo assegurado por um Estado de Bem-Estar Social foi consagrado enquanto o capital industrial ainda comandava o processo capitalista (MENDES; MARQUES, 2009, p. 842). Todavia, a partir dos anos 1970 o capitalismo começou a passar pelo seu processo de “financeirização” (BERCOVICI; MASSONETO, 2006, p. 14), sendo que, da década de 1980 em diante, o neoliberalismo tornou-se a ordem vigente (MENDES, 2015, p. 68).

Diante disso, fato é que a CR/88, com seu elevado grau de proteção social, foi redigida e promulgada num momento em que o Brasil já sentia os nefastos constrangimentos oriundos da nova ordem neoliberal (MENDES; MARQUES, 2009, p. 844). Desde essa época, são impostos os discursos da necessidade de controlar o déficit público e do repúdio ao Estado. Contudo, o que se observa não é um afastamento do aparato estatal do campo econômico, mas sim uma nova forma de presença do Estado na economia, que viabiliza a apropriação do fundo público pelo capital, tornando aquele o garantidor da remuneração deste (BERCOVICI; MASSONETO, 2006, p. 14; MENDES, 2015, p. 68).

Assim, nesse momento histórico, políticas austeras, que reduzem direitos sociais, já passaram a ser adotadas no Brasil e no mundo (MENDES, 2015, p. 68), em virtude da retórica neoliberal segundo a qual “[...] o orçamento público deve estar voltado para a garantia do

⁶ Nesse ponto, gostaria de destacar que existem muitas pesquisas sobre os impactos da recente crise econômica e da adoção de medidas de austeridade em resposta a ela na *implementação de políticas públicas de saúde* no Brasil. Entretanto, consoante apontado em relevante estudo sobre as implicações dessa conjuntura fiscal na morbimortalidade infantil brasileira desenvolvido por Rasella et al., a literatura sobre os efeitos da crise e de suas respostas *na saúde da população* é menos desenvolvida. Nesse sentido, a elaboração de estudos sobre a referida conjuntura no campo da saúde é de fundamental importância para a tomada de decisões políticas baseadas em evidências científicas (2018).



investimento privado, para a garantia do capital privado, em detrimento dos direitos sociais e serviços públicos voltados para a população mais desfavorecida” (BERCOVICI; MASSONETO, 2006, p. 15).

Dessa forma, a CR/88 foi elaborada e foi promulgada num período já desfavorável à implementação das políticas sociais por ela previstas – entre elas, o SUS. Ademais, depois da crise de 2008 e da intensificação da defesa da austeridade, garantir direitos sociais para a população brasileira tornou-se algo mais difícil ainda. Passo, então, a apresentar brevemente algumas das medidas neoliberais em curso neste momento histórico de pós-*crash* que dificultam a consolidação do SUS nos moldes constitucional e legalmente previstos.

Primeiramente, destaco a Desvinculação de Receitas da União (DRU), um mecanismo importante para se pensar o subfinanciamento da saúde pública no Brasil. Criada em 1994 e renovada a cada quatro anos desde então, a DRU passou, originariamente, a permitir que 20% das receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) – que contempla a saúde, a previdência e a assistência social – fossem desvinculadas de sua destinação constitucional e passassem a ser destinadas ao pagamento de juros da dívida, sob as exigências do capital financeiro. Tem-se que, entre 1995 e 2012, o OSS perdeu cerca de R\$ 578 bilhões em virtude da DRU. Nessa toada, merece destaque a promulgação da Emenda Constitucional nº. 93 de 2016 (EC 93), que fez com que a alíquota desse mecanismo passasse para 30% e que está em vigor até 2023 (MENDES, 2015, p. 77; MENDES; CARNUT, 2018, pp. 1.113-4).

De grande importância para a presente discussão são também os gastos tributários (renúncias fiscais) em saúde, incentivos concedidos pelo governo federal à rede privada de atendimento. Eles se dão tanto na forma de redução do Imposto de Renda (IR) a pagar das pessoas físicas e jurídicas, que é aplicada sobre despesas com planos de saúde e/ou médicas e correlatas, quanto na forma de renúncias fiscais usufruídas pela indústria químico-farmacêutica e pelas entidades sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos). Esses gastos tributários vêm crescendo consideravelmente, tendo alcançado, em 2013, o montante de R\$ 25,4 bilhões. Tais perdas na arrecadação fiscal prejudicam o financiamento do SUS (MENDES, 2015, p. 78; MENDES; CARNUT, 2018, pp. 1.113).

Atribui-se a fragilidade financeira da saúde pública brasileira também à transferência de recursos públicos para o setor privado. Nesse sentido, verbas são destinadas às modalidades privatizantes de gestão – as organizações sociais (OS), as organizações da sociedade civil (Ocip), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), além de fundações estatais de direito público ou privado com contratos celetistas – que são contratadas para gerir hospitais (e estabelecimentos congêneres) públicos (MENDES; CARNUT, 2018, pp. 1.112).



Em se tratando da gestão do SUS, é imperioso considerar a implementação do gerencialismo. Tem-se que, nos serviços públicos de saúde, vem sendo imposta, sob o discursoda racionalização e da eficiência, a utilização de técnicas de gestão do setor privado. Conquanto essa seja uma realidade passível de análise por inúmeras abordagens, considerando apenas a inserção da lógica do capital no interior da administração pública pela “contratualização de resultados” e pela “remuneração por desempenho”, o gerencialismo gera a intensificação e a precarização do trabalho dos servidores da saúde. Nesse sentido, esses profissionais passam a trabalhar com metas de produtividade e quantidade (MENDES; CARNUT, 2018, pp. 1.114-5), o que muitas vezes inviabiliza a prestação de uma assistência de saúde adequada.

Por fim, nesse panorama, é preciso falar da aprovação de duas recentes emendas constitucionais. Primeiramente, a Emenda Constitucional nº. 86 de 2015 (EC 86), que alterou a base de cálculo de aplicação de recursos no SUS pela União. Nesse sentido, determinou-se que em 2016 seria aplicado o montante mínimo 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em ações e em serviços públicos de saúde (ASPS), percentual que aumentaria anualmente até se estabilizar em 15% no ano de 2020 (BRASIL, 2015).

A EC 86 mostrou-se, dessa forma, extremamente problemática⁷. Além de implicar uma perda de aproximadamente R\$ 9,2 bilhões de recursos para o SUS já em 2016 (FUNCIA, 2015 *apud* PINTO; BAHIA; SANTOS, 2016, p. 220), esse arranjo constitucional promoveu a estagnação da saúde pública no Brasil. A drástica alteração da base de cálculo, somada ao cômputo de mais recursos como gastos mínimos da União, impôs a regressividade nominal e proporcional – em comparação com o regime da Emenda Constitucional nº. 29 de 2000 (EC 29) – nos gastos federais com o SUS, violando o dever de proteção integral e suficiente previsto no art. 196 da CR/88⁸ (PINTO; BAHIA; SANTOS, 2016, pp. 218-20).

Em 2016 houve, então, a aprovação da já citada EC 95, que estabeleceu um novo regime fiscal que vigorará no Brasil até 2036. Esse rearranjo constitucional estabeleceu um teto de gastos, visto que as despesas primárias (que não incluem o pagamento dos juros da dívida) do governo federal tiveram a sua expansão limitada. Por 20 anos, essas despesas serão pautadas pelo valor gasto em 2017, o qual será corrigido consoante a variação do Índice Nacional de

⁷ Outros problemas poderiam ser pormenorizados, o que, em virtude do recorte deste trabalho, optei por não fazer. Nesse sentido, seria possível discorrer bem mais, por exemplo, sobre como a EC 86 esvaziou o escopo da iniciativa popular que pautou o Movimento Saúde +10, ou sobre como inclusive houve quem sustentasse que esse novo arranjo constitucionalizou o subfinanciamento federal do SUS (PINTO; BAHIA; SANTOS, 2016, pp. 217-8).

⁸ No que se refere à EC 86, deve ser mencionado que está em trâmite no Supremo Tribunal Federal (STF) a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº. 5595, cujo objeto é o exame da constitucionalidade dos arts. 2º e 3º da referida emenda. Destaque-se que, em virtude de medida cautelar deferida pelo Ministro Ricardo Lewandowski, tais artigos já tiveram os seus efeitos suspensos (BRASIL, 2017).



Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Além disso, a EC 95 desvinculou as despesas obrigatórias com saúde e com educação. Estabeleceu-se, ainda, que as regras do novo regime fiscal poderão ser revisadas tão somente dez anos depois do início da sua vigência (BRASIL, 2016).

Inúmeros são os problemas decorrentes da aprovação da EC 95, pois

Além da suspensão do projeto constituinte de 1988, o novo regime fiscal revela uma clara opção por uma antidemocracia econômica, inviabilizando a expansão e até mesmo a própria manutenção de políticas públicas para reservar dinheiro público e garantir o pagamento das obrigações assumidas pelo governo federal brasileiro perante os credores da dívida pública (MARIANO, 2017, p. 262).

Atendo-me aqui à proposta deste artigo, gostaria de apontar alguns prováveis impactos da EC 95 para o financiamento do SUS e para a própria efetivação do direito à saúde no Brasil, indicados em nota técnica produzida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). São eles: o congelamento do financiamento federal do SUS; a perda de recursos em relação às regras de vinculação da EC 29 e da EC 86; a redução do gasto público *per capita* em saúde; a desobrigação de alocar mais gastos para a saúde pública seja numa conjuntura de crescimento do PIB, seja em razão do aumento da população e; a provável majoração das iniquidades sociais (2016).

Isso tudo posto, entendo que, a despeito de o SUS enfrentar dificuldades para ser implementado desde a sua criação, com a intensificação das políticas neoliberais – em especial, as de austeridade – no Brasil nos últimos anos, as dificuldades para garantir o acesso a um sistema de saúde pública, verdadeiramente universal e de qualidade estão ainda maiores. Atualmente, o SUS encontra-se especialmente subfinanciado e pressionado pelas exigências do capital financeiro, que é absolutamente refratário ao pacto social da CR/88. As sujeitas pretas e pobres no Brasil são particularmente prejudicadas por essa realidade, inclusive no âmbito da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, pois as políticas neoliberais podem se relacionar com a prática de mais violências obstétricas contra as usuárias da rede pública de saúde.



3 POSSÍVEIS RELAÇÕES DAS POLÍTICAS NEOLIBERAIS COM A PRÁTICA DE VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS CONTRA AS USUÁRIAS DO SUS

A prática de violências obstétricas contra as usuárias do SUS – especialmente contra as que são atravessadas e constituídas pelos marcadores sociais de raça e classe – é um problema complexo e determinado por múltiplos fatores. Em face disso, optei por discorrer sobre possíveis *relações* entre políticas neoliberais no âmbito da saúde pública e essas práticas, pois, a meu ver, não é possível tratar de um elo de causalidade entre as duas conjunturas discutidas. Dessa forma, compreendo que certas violências obstétricas praticadas contra essas mulheres podem ser analisadas tanto pela perspectiva de suas relações com políticas neoliberais, quanto por diversos outros panoramas.

Como exemplo desses múltiplos fatores, tem-se a influência, por si só, das discriminações de raça e classe na prática das referidas violências. Nesse sentido, Leal et al. demonstraram que, em comparação com as mulheres brancas, as pretas e as pardas apresentaram piores indicadores de atenção pré-natal e parto (2017, p. 5). Ademais, apontaram a ocorrência de um uso diferencial de analgesia segundo grupos raciais, o que seria um reflexo do “racismo internalizado” de profissionais da saúde, que creem que pessoas negras são mais resistentes à dor (HOFFMAN et al., 2016, pp. 4.296-301 *apud* LEAL et al., 2017, p. 10).

No que se refere ainda às influências dessas discriminações, vale destacar que Diniz, ao tratar contradições do modelo de atendimento obstétrico brasileiro, aponta que a fisiologia e a anatomia femininas são definidas e “re-descritas” conforme o padrão de consumo das mulheres.

Diante disso, para os/as profissionais da assistência

[...] temos as mulheres de classe média, para as quais a dor do parto é insuportável e cujos genitais não suportariam a passagem dos seus filhos, sob risco de deformação irreparável; por outro, temos as mulheres de baixa renda, mais adequadas a suportar o sofrimento e o dano genital, reais ou supostos, e o seu reparo, a episiotomia (2001, p. 213).

Ainda sobre outras perspectivas que podem ser empregadas na análise das violências obstétricas a serem discutidas aqui, tem-se a formação dos/as profissionais de saúde como um fator bastante importante. Nesse sentido, há formuladores de política de saúde que apontam que os recursos humanos são um elemento chave na implementação de propostas de humanização da assistência ao



parto⁹ (e, entendo eu, na redução ou na eliminação da prática de violências obstétricas). Tem-se no mercado uma carência de profissionais “baseados/as nas evidências”, o que decorre da inadequação da formação de médicos/as e enfermeiras/os e da lentidão do aparelho formador de incorporar as mudanças relativas tanto à humanização dos serviços, quanto à medicina baseada em evidências (MBE) (DINIZ, 2001, p. 99).

Entre os muitos panoramas passíveis de emprego na análise pretendida, destaco, por fim, os problemas de gestão do SUS. No setor da saúde, há um consenso de que as principais dificuldades enfrentadas pelo sistema público são de financiamento e gestão. Assim, ao passo que aquela está bastante relacionada às problemáticas de neoliberalismo e austeridade já apresentadas, esta pressupõe recursos financeiros estáveis, mas, sobretudo, decisões políticas a seu favor (IPEA, 2016, p. 4). Na assistência obstétrica, parece-me que certas melhorias de gestão mitigariam a prática de muitas violações de direitos contra gestantes, parturientes e puérperas, sendo a Comissão Perinatal de Belo Horizonte um valioso exemplo disso¹⁰.

⁹ Vale dizer que essa é uma questão que afeta tanto a rede privada, quanto a rede pública de saúde.

¹⁰ A Comissão Perinatal foi instituída em 1993 como um fórum interdepartamental na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte com o objetivo de reduzir as mortalidades materna e infantil, que afetam tão desigualmente as mulheres e as famílias mais pobres. Integrada por diversos setores estratégicos a partir de 1999, a Comissão foi uma iniciativa pioneira no Brasil, que reuniu a gestão municipal com os serviços públicos, com o setor privado e com o controle social. Os trabalhos se deram por diversas frentes. Muitas delas contaram com investimentos da SMSA, mas outras focaram mais na gestão da assistência, tais como: a reorganização da atenção básica; a avaliação sistemática das maternidades do SUS; a interrupção total de atendimento em hospitais de baixa qualidade; a investigação de todos os óbitos maternos, infantis e fetais; entre outras. Resultados importantes foram alcançados, como reduções nas mortes maternas e infantis, como a realização de diversas ações de mobilização e educação pela cidade e como a tendência de controle dos índices de cesáreas no Município (LANSKY, 2010).



Apresentados alguns fatores que determinam a prática de certas violências obstétricas no SUS, buscarei demonstrar algumas possíveis relações entre as aludidas políticas neoliberais e essas práticas. De início, importa considerar que a DRU, que os gastos tributários em saúde, que as transferências de recursos públicos para o setor privado, que a EC 86 e que a EC 95 são exemplos de medidas que contribuem para o subfinanciamento do SUS. Inclusive, Mendes e Carnut defendem que essas políticas (especialmente as referidas emendas constitucionais) provocarão um desfinanciamento do sistema nos próximos 20 anos (2018, p. 1.113).

Nesse panorama, tem-se a insuficiência de verbas destinadas à saúde pública brasileira como um fator que favorece a prática de violências obstétricas contra as usuárias do SUS. Isso se demonstra, por exemplo, nos déficits de leitos de maternidade pelo Brasil, o que faz com que gestantes tenham de peregrinar – muitas vezes durante o trabalho de parto – por diversos estabelecimentos de saúde para encontrar algum em que consigam parir, quando o encontram (DINIZ, 2001, p. 29).

A peregrinação é uma violência obstétrica que, em comparação com as mulheres brancas, predomina mais na vida de mulheres pretas e pardas e que é responsável por graves consequências para a saúde de mães e bebês, bem como por parcela considerável das mortes maternas (DINIZ, 2001, p. 29; LEAL et al., 2017, p. 10). Contudo, sem recursos suficientes e bem destinados para o SUS, é difícil suprir as faltas de atendimento obstétrico no Brasil (DINIZ, 2001, p. 163), o que viola os direitos à equidade e à assistência das mulheres (DINIZ, 1999 *apud* DINIZ, 2001, p. 61).

Esse cenário favorece, ainda, outras formas de violências obstétricas. Nesse sentido, muitos/as médicos/as alegam a falta de leitos como justificativa para realizar intervenções não recomendadas, que aceleram o trabalho de parto, para que seja possível liberar a vaga de uma parturiente para a próxima com mais agilidade (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 83). Tais condutas potencialmente constituem violações, por exemplo, dos direitos à informação, à integridade física e à autonomia dessas mulheres.

Além da falta de leitos obstétricos, as gestantes, as parturientes e as puérperas sofrem com a ausência de ambientes adequados para viver o processo de parturição. Em muitos estabelecimentos públicos, as enfermarias de trabalho de parto são coletivas, nas quais sequer há biombos para separar as mulheres e os/as



seus/suas acompanhantes. Essa realidade viola o direito à privacidade dessas mulheres (BOWSER; HILL, 2010 *apud* TESSER et al., 2015, p. 3), como também prejudica a liberação de hormônios necessários para que a vivência de uma boa experiência de parto.

Nesse ponto, é imperioso destacar que a ambiência adequada de leitos obstétricos está prevista na Resolução nº. 36 de 2008 (RDC 36/08) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que orienta inclusive a instalação de quartos PPP em maternidades (BRASIL, 2008). Logo, além de garantir o acesso ao atendimento, adaptar os leitos existentes é uma exigência para melhorar a assistência obstétrica e para assegurar direitos das mulheres, o que, entretanto, tende a ser mais dificilmente empreendido sem recursos financeiros disponíveis (RODRIGUES et al., 2015 *apud* ARAGAO; OLIVEIRA; DE OLIVEIRA, 2019, p. 10).

Ademais, o supracitado problema da discriminação étnico-racial na aplicação de analgesia durante o parto conflui com a questão trazida por Diniz acerca da inviabilização do acesso à anestesia para as pacientes do SUS. No caso, a autora aponta

[...] que esse procedimento, embora formalmente previsto e pagável desde 1998 pelo SUS, por meio da portaria/GM/MS 2815, na prática seja muito virtualmente impossível de operacionalizar [...]. O pagamento do procedimento “parto” foi aumentado de valor, sem incluir honorários específicos para o procedimento do anestesista [...] (DINIZ, 2001, pp. 95-6).

Nesse aspecto, dois apontamentos são válidos. Primeiramente, o não acesso à analgesia em estabelecimentos do SUS, como sugerido no início desta seção, é uma questão determinada por diversos fatores. É possível que a sua causa se refira a problemas de gestão, a condutas discriminatórias de profissionais da saúde e/ou à de ausência de verba para o procedimento na saúde pública. Nesse último caso, penso que a problemática deve ser considerada em face da questão de políticas neoliberais e da austeridade, como proposto. Em segundo lugar, independentemente de suas causas, importa destacar o não acesso ou a negação da analgesia como uma violência obstétrica, porque inflige um tratamento cruel e desumano às parturientes. Na presente discussão sobre violações de direitos na assistência perinatal contra as usuárias do SUS, é fundamental considerar também as condições de trabalho a que os/as servidores/as da saúde estão sujeitos/as. Além da superlotação e das precárias estruturas de



atendimento de muitos estabelecimentos públicos, esses/as trabalhadores/as várias vezes enfrentam uma sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas e triplas de incontáveis plantões e atendimentos e com baixa remuneração (ARAGÃO; OLIVEIRA; DE OLIVEIRA, 2019, p. 15). Consequentemente, há uma piora na qualidade do atendimento a essas mulheres (ARAGÃO; OLIVEIRA; DE OLIVEIRA, 2019, p. 15), o que muitas vezes reflete na prática de mais violências obstétricas, tendo em vista o desafio “[...] de compatibilizar as necessidades institucionais de produtividade e de rotinas com o desencadear fisiológico do trabalho de parto e parto” (DINIZ, 2001, p. 209). Essa realidade, a meu ver, pode ser relacionada à precarização do trabalho dos/as servidores/as da saúde, às medidas de austeridade que subfinanciam o SUS e à implementação do gerencialismo na administração pública.

Por fim, vale retomar a noção de que o projeto neoliberal de reduzir qualitativa e quantitativamente os serviços públicos visa a criar uma reserva de mercado para a iniciativa privada em determinados setores, como o da saúde (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 27). Tem-se, então, que a rede particular passou a perceber o atendimento obstétrico humanizado como um possível nicho de atuação.

Ainda que persistam inúmeros problemas na atenção perinatal ofertada em maternidades privadas e pelos planos de saúde, alguns/mas profissionais da área passaram a se formar de forma mais humanizada não só para partejar consoante as recomendações científicas, mas também para captar esse novo “filão do mercado” (DINIZ, 2001, p. 104). A rede particular vem, assim, progressivamente aderindo à humanização na medida em que as demandas por uma assistência obstétrica de qualidade crescem no Brasil.

Paralelamente a isso, o SUS vem enfrentando políticas neoliberais que prejudicam bastante a assistência oferecida à população. Nessa conjuntura, é válido considerar que, também no campo da atenção perinatal, é possível ver confluências do projeto de desmonte da saúde pública com interesses da iniciativa privada. Aos/às 70% de brasileiros/as – e, especificamente no campo da obstetrícia, às mulheres pretas e pobres – que têm o SUS como a única alternativa de assistência em saúde (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 81), é relegado um atendimento precário – na atenção perinatal, com muitas violências obstétricas. Direcionada à pequena parcela remanescente da população que usufrui da rede privada, a oferta em saúde busca, ao menos em parte, se aprimorar para atrair mais clientela.



Diante da tentativa de demonstrar as possíveis relações das políticas neoliberais com a prática de violências obstétricas contra as usuárias do SUS, vale reforçar que essas ideias estão ainda em formulação e são permeadas por tensões e por contradições. Diante disso, dois destaques são importantes. Primeiramente, tem-se que mesmo que eu veja a possibilidade da problemática do desmantelamento de serviços públicos para reservar mercado para a iniciativa privada confluir com as questões enfrentadas no atendimento obstétrico do SUS e com o crescimento da mercantilização do parto humanizado, não desconheço o êxito de muitas iniciativas de humanização¹¹ da assistência obstétrica na saúde pública.

Diniz, inclusive, chega a indicar que uma das razões da adesão ao modelo de atendimento humanizado no SUS é que o respeito ao desencadear fisiológico dos processos de parturição tende a resultar no consumo de menos insumos e recursos e, assim, a atender as necessidades orçamentárias do setor público. Nesse sentido, tem-se também a incorporação da tecnologia como mais lucrativa para o setor privado, considerando os estabelecimentos e os/as profissionais que se beneficiam financeiramente da abusividade de cesáreas sem indicações, por exemplo (DINIZ, 2001, pp. 92-3; 105).

A adoção e o êxito das propostas de humanização no SUS não são, todavia, tão amplos quanto deveriam ser e a precarização da saúde pública é vista como “o grande obstáculo à efetivação do Plano Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento [PNHPN]” (ARAGAO; OLIVEIRA; DE OLIVEIRA, 2019, p. 14). Portanto, com a precariedade das condições do SUS por um lado e com o crescimento do filão do mercado da humanização do nascimento por outro, entendo que as confluências indicadas são possíveis, o que não significa que elas sejam cabíveis em quaisquer contextos, nem exclui a necessidade de mais pesquisas sobre a questão.

O segundo destaque, por sua vez, relaciona-se à implementação de modalidades privatizantes de gestão no SUS, cujas contratações são criticadas por transferirem recursos que seriam destinados ao financiamento da saúde pública para o setor privado (MENDES; CARNUT, 2018, pp. 1.112). Contudo, em sua pesquisa de doutorado, Diniz identificou que o sucesso das iniciativas de humanização da assistência na rede pública também se relacionaria à adoção do modelo de OS (2001).

Tem-se que, sendo um modelo de gestão com maior flexibilidade



administrativa, especialmente na seleção e na contratação de recursos humanos, haveria a possibilidade de recrutar profissionais sabedores da proposta do estabelecimento de humanizar a assistência e, por conseguinte, de cobrar o compromisso desses/as trabalhadores/as com a humanização durante o exercício de suas atribuições (DINIZ, 2001, pp. 157-8). Diante disso, percebe-se uma tensão entre a crítica apresentada à contratação de modalidades privatizantes de gestão no SUS e o reconhecimento do seu êxito na incorporação da humanização da assistência nas dinâmicas hospitalares.

A despeito das possíveis relações das políticas neoliberais em curso no Brasil com a prática de violências obstétricas contra as usuárias do SUS apresentadas, frise-se que a questão não foi tratada de forma exaustiva no presente trabalho. Considerando os impactos da referida conjuntura política na vida da população brasileira, de modo geral, e a gravidade do problema que as violações de direitos de gestantes, parturientes e puérperas na assistência perinatal, é necessário desenvolver mais pesquisas sobre a questão, como também é, provavelmente, possível apontar mais relações do que as que busquei demonstrar.

¹¹ A título de exemplificação, cito o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Rede de Humanização do Nascimento (Rehuna), o HumanizaSUS e a Rede Cegonha.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CR/88 foi promulgada na década de 1980, momento histórico em que o neoliberalismo passou a estabelecer os ditames de decisões políticas pelo mundo. Nesse sentido, a despeito do estabelecimento de um pacto social que visa a reduzir as desigualdades brasileiras por meio da garantia de vários direitos à população, ao Brasil (assim como aos demais países periféricos) já eram impostos constrangimentos decorrentes da racionalidade neoliberal, na contramão do projeto de sociedade pretendido.

Depois do *crash* financeiro de 2008, a defesa da austeridade – um dos sustentáculos do neoliberalismo – se intensificou. Os resultados das suas experiências de implementação em diversas localidades, porém, demonstraram que políticas fiscais austeras não contribuem para a superação de crises, pelo contrário. Ainda assim, políticas austeras e neoliberais permanecem pautando políticas públicas, pois – mesmo que elas não resultem na melhoria da qualidade de vida e, especialmente, na garantia de direitos sociais à população – o capital financeiro e as parcelas mais abastadas da população se beneficiam da recessão, do desemprego, da redução de gastos sociais e da piora quantitativa e qualitativa de serviços públicos.

Nesse panorama, o SUS, que desde a sua criação enfrenta os constrangimentos das classes dominantes refratárias à sua consagração, encontra-se especialmente ameaçado. No Brasil, a intensificação do neoliberalismo e da austeridade, sobretudo depois de 2015/2016, dificulta a oferta de um serviço público de saúde efetivamente universal e de qualidade aos/as 70% de brasileiros/as que dele dependem.

Atualmente, tem-se a DRU, os gastos tributários em saúde, as transferências de recursos públicos para o setor privado, o gerencialismo na administração pública, a EC 86 e a EC 95 como exemplos de medidas em curso que empecilham a consolidação do SUS e do próprio direito à saúde da população brasileira da forma prevista pela CR/88 e pelas legislações atinentes.



Essa conjuntura prejudica particularmente as mulheres pretas e pobres, atravessadas e constituídas por discriminações de gênero, raça e classe. Em virtude disso, importa compreender como as políticas neoliberais podem estar relacionadas às violações de direitos sofridas pelas usuárias do SUS na assistência perinatal.

Busquei demonstrar essas possíveis relações – de forma não exaustiva, nem livre de tensões e contradições – considerando as seguintes realidades existentes na assistência obstétrica no SUS: déficits de leitos obstétricos (que resultam em peregrinação pelas parturientes e na realização de intervenções inadequadas nas mulheres); ambiência inadequada dos espaços para o processo de parturição; dificuldades no acesso à analgesia; precarização das condições de trabalho dos/as servidores/as da saúde e; desmantelamento do atendimento no SUS para reserva de mercado para a iniciativa privada. Tem-se, então, que as mulheres pretas e pobres sofrem mais violências obstétricas, porque (entre outros fatores) a saúde pública no Brasil está sujeita a decisões políticas que a subfinanciam e a estruturam consoante uma lógica incompatível com a prestação de uma assistência perinatal adequada.

Conclui-se, assim, que políticas neoliberais (sendo a austeridade uma de suas medidas mais relevantes) podem se relacionar com mais violações de direitos às usuárias do SUS na assistência perinatal, refletindo e piorando as desigualdades de gênero, raça e classe presentes na sociedade brasileira. Portanto, é preciso pesquisar a questão de modo progressivamente aprofundado, visando a delinear melhor os contornos dos impactos dessas políticas na saúde sexual e reprodutiva das mulheres – especialmente as pretas e as pobres – do Brasil. Quanto mais essa realidade for conhecida, compreendo que melhor a luta pelos direitos de gestantes, parturientes e puérperas na assistência perinatal poderá ser pautada.



REFERÊNCIAS

ARAGAO, Andrea de Lima; OLIVEIRA, Kayara da Silva; DE OLIVEIRA, Paula Tatiana Carvalho. Precarização do trabalho na saúde pública e a violência obstétrica. *In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”. 16, 2019, Brasília. *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, Brasília (DF): Abepss; CFESS; ENESSO; CRESS-DF, 2019. pp. 1-16. Disponível em:

<<https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/76>>. Acesso em 24 ago.2020.

BERCOVICI, Gilberto; MASSONETTO, Luís Fernando (*). A Constituição dirigente invertida: a blindagem da constituição financeira e a agonia da constituição econômica. *Separata de Boletim de Ciências Económicas*, Coimbra, v. 49, pp. 1-23, 2006. Disponível em:

<https://digitalis-dsp.uc.pt/jspui/bitstream/10316.2/24845/1/BoletimXLIX_Artigo2.pdf>. Acesso em 21 mar. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União*, de 18 de março de 2015. Brasília, 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, de 15 de dezembro de 2016. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União*, de 03 de junho de 2008. Brasília, 2008.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 5595*. REQTE.(S): Procurador-Geral da República. INTDO.(A/S): Congresso Nacional. Relator: Min. Ricardo Lewandowski, 31 de agosto de 2017. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI5595MC003.pdf>>. Acesso em 26 ago. 2020.

DAVID, Grazielle. Política Fiscal e Direitos humanos: uma análise a partir dos acordos internacionais. *In: ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; DE OLEIVEIRA, Ana Luiza Matos (org.). Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. São Paulo: Academia Literária, 2018. pp. 301-19.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of*



Human Growth and Development, v. 25, n. 3, 2015. pp. 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf>. Acesso em 28 jul. 2019.

DINIZ, Simone Grilo, CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, pp. 80-91, 2006. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%20E2%80%9C%20corte%20por%20cima%20e%20o%20%20E2%80%9C%20corte%20por%20baixo%20%20E2%80%9D.pdf>. Acesso em 06 ago. 2019.

DINIZ, Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. 2001. Tese de Doutorado (Medicina), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2001.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10 (3): 627-637, jul. / set., 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_arttext>. Acesso em 11 mar. 2020.

DWECK, Esther; SILVEIRA, Fernando Gaiger; ROSSI, Pedro. Austeridade e desigualdade social no Brasil. In: ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; DE OLEIVEIRA, Ana Luiza Matos (org.). *Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. São Paulo: Academia Literária, 2018. pp. 32-56.

INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO. *Nascer no Brasil*. 2014.

Infográfico. Disponível em: <<https://cientistasfeministas.wordpress.com/tag/aborto/>>. Acesso em 28 ago. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Ministério da Economia.

Nota Técnica n. 28 (Disoc): Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: IPEA, 2016. 25 p. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>>. Acesso em 25 mai. 2020.

LANSKY, Sônia. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 04, nº. 04, pp. 191-9, 2010. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.846>. Disponível em:



<<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846>>. Acesso em 31 mar.2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, pp. 1-17, 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 mar. 2020.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos:Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, vol. 4, n. 1, pp. 259-281, jan./abr. 2017.

DOI:10.5380/rinc.v4i1.50289. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>>. Acesso em 20 abr. 2020.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 66-81, jun. 2015. DOI:

<https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01006>.Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 fev. 2020.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua formapolítica: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saude soc.*, São Paulo, v. 27, nº. 4, pp. 1105-1119, out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180365>.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 fev. 2020.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, pp. 841-850, jun. 2009. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300019>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 mar. 2020.



PINTO, Élida Graziane; BAHIA, Alexandre Melo Franco de Moraes; SANTOS, Lenir. O financiamento da saúde na Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização federativa do dever do seu custeio mínimo. *A&C– Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 16, n. 66, p.209-237, out./dez. 2016. DOI: 10.21056/aec.v16i66.366. Disponível em:

<<http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/366>>. Acesso em 29 mai.2020.

RASELLA, Davide et at. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *Plos Medicine*, Estados Unidos da América, vol. 15(5), pp. 1-20, mai. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>. Disponível em:

<<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>>. Acesso em 25 mai. 2020.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; ARANTES, Flávio. Economia Política da Austeridade. In: ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; DE OLEIVEIRA, Ana Luiza Matos (org.). *Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. São Paulo: Academia Literária, 2018. pp. 14-31.

SINGER, André. *O lulismo em crise: Um quebra-cabeça do período Dilma (2011-2016)* / André Singer. – 1ª ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

TEIXEIRA, Marilane Oliveira. A crise econômica e as políticas de austeridade: efeitos sobre as mulheres. In: ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; DE OLEIVEIRA, Ana Luiza Matos (org.). *Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. São Paulo: Academia Literária, 2018. pp. 281-300.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 10 (35):1-12, 2015. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Disponível em:

<<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em 03 abr. 2020.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. pp. 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 02 mar. 2020.



A ATUAÇÃO DO PROJETO NASCER EM SANTARÉM-PA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SANTARÉM: PARCERIA COM O MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL-PA

Daniela Lopes Lacerda¹

Emanuele Nascimento Oliveira Sacramento²

Rodrigo Henrique Menezes de Albuquerque³

RESUMO

Tendo em vista que o direito à saúde é um dos direitos fundamentais, o Ministério Público do Estado do Pará busca diligentemente proteger e resguardar os princípios constitucionais. Dessa forma, a promotoria do estado, mediante o descaso à vida das gestantes, coadunando-se com o Projeto Nascer em Santarém-PA, empenha-se em garantir a qualidade do período da gravidez de modo digno sem que haja o descumprimento da lei e a infração aos direitos humanos sabendo que o objetivo fundamental do programa de humanização no pré-natal e nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos, nas perspectiva dos direitos de cidadania.

PALAVRAS CHAVE: Violência obstétrica. Fiscalização. Humanização;



1 INTRODUÇÃO

O projeto de Extensão e Pesquisa da Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará- UFOPA, denominado Nascer em Santarém-PA, tem por objetivo a educação popular em direitos humanos sobre violência obstétrica, através da promoção de ações de esclarecimento, junto às mulheres grávidas do município e região, sobre os direitos das gestantes e a humanização do parto.

O Programa de Ciências Jurídicas do Instituto de Ciências da Sociedade (ICS) da UFOPA, responsável pelo projeto, por meio de sua Coordenadora Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento, estabeleceram tema central e propostas nos seguintes termos:

O nosso tema central é a violência obstétrica. É uma proposta de trabalhar com educação popular em direitos humanos, levando informação para as mulheres grávidas sobre o que é violência obstétrica, quais são os seus direitos enquanto gestantes, além de discutir formas de se prevenir e combater esse tipo de violência.

Tamanha abrangência e repercussão da problemática abordada, precisaria de um apoio incisivo da instituição que representa a coletividade no que concerne à garantia de direitos humanos fundamentais, a saber, o Ministério Público Estadual mediante suas Promotorias, momento em que se fez necessário ultrapassar os muros da universidade e conhecer de perto o problema. Mas, conhecer seria suficiente?! Não. Era preciso fazer algo mais, foi então que o Projeto Nascer em Santarém, a partir de suas Rodas de Conversas (internas e externas), interna funcionando como capacitação da equipe e outra externa, tendo as mulheres grávidas como público alvo, começou a se deparar com reclamações reais de violência obstétrica na região. Era uma realidade que não poderia ficar impune, daí surgiu a notícia de fato protocolada pelo projeto perante o Ministério Público Estadual que, a partir da 8ª e 10ª Promotoria de Justiça colaboram com o Projeto no combate à violência obstétrica em Santarém e região.

¹ Advogada, voluntária no Projeto Nascer em Santarém (UFOPA), danielalopeslacerda@live.com

² Docente no Curso de Direito e Coordenadora do Projeto Nascer em Santarém (UFOPA), emanuele_oliveira87@yahoo.com.br

³ Discente no curso de Direito-ICS-UFOPA e bolsista do Projeto Nascer em Santarém (UFOPA) categoria (PROENSINO), rodrigomenezesalbuquerque@gmail.com



O presente artigo científico apresenta o histórico do projeto nascer em Santarém e formas de atuação, explicitando o seu nascimento e as atividades que realiza com o intuito de enfrentamento da violência obstétrica; a atuação extrajudicial do Ministério Público do Estado do Pará, em que são apresentados os canais de comunicação entre cidadãos e a instituição e quais os mecanismos disponibilizados para o combate à violação de direitos; a parceria entre o projeto nascer em Santarém e o Ministério Público-PA, contando como iniciou a parceria e quais resultados tem produzido e, por fim, o procedimento na 10ª Promotoria de Justiça de Santarém-PA como parceria com o Projeto Nascer em Santarém-PA, expondo as portarias e recomendações elaboradas e a promessa de responsabilização em caso de descumprimento de seus preceitos no que concerne à dignidade no atendimento à gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

Além de ouvir os relatos das gestantes para a elaboração do chamado “plano de parto”, a equipe do projeto também orienta sobre como levar ao conhecimento das autoridades esse tipo de violência, caso ela ocorra com a gestante. Em Santarém, a prática de violência obstétrica pode ser denunciada no Ministério Público Estadual. Se o atendimento foi realizado pelo Sistema Único de Saúde-SUS, a denúncia deve ser feita na Promotoria de Saúde; mas se o atendimento ocorreu na rede privada (plano de saúde ou particular), a denúncia deve ser feita na Promotoria do Consumidor.

A parceria entre o Projeto Nascer em Santarém e o Ministério Público Estadual, segue levando expectativas otimistas às gestantes que passarão pelo momento que deve ser o mais sublime de suas vidas, o parto, saber que possuem representatividade resulta em uma segurança que até então não sabiam que poderia existir e, muito menos experimentado, a propagação das atividades resultantes dessa parceria tem a pretensão de abolição da violência doméstica em Santarém e região.



2 METODOLOGIA

A pesquisa se desenvolverá do seguinte modo: utilização do método indutivo, a medida em que serão observadas as diversas formas de violência obstétrica, no intuito de gerar enunciados sobre as causas das práticas que são consideradas como contrárias aos direitos humanos de gestantes, parturientes e puérperas, em Santarém-PA e região.

Por sua vez, o método estatístico será de grande validade, na medida em que poderá fornecer os dados concretos acerca de delitos e infrações ocorridos nas diversas comunidades existentes na região, delimitando-se parâmetros que identifiquem motivações que violem as proteções constitucionais, bem como as providências tomadas a partir de dados fornecidos, principalmente pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), que consolida informações de casos concretos e medidas inibidoras da violência obstétrica. A pesquisa de campo também será realizada, a partir do estudo do procedimento administrativo e revisões bibliográficas.

Também serão utilizados levantamentos após a ocorrência de fatos, conhecida como pesquisa ex-post-facto que, no presente artigo, consolida-se por notícias de fato perante o Ministério Público do Estado do Pará sobre ocorrências de violências obstétricas em Santarém e região, a fim de gerar responsabilização nos casos confirmados, a saber:

Também chamado de pesquisa ex-post-facto, interroga situações que se desenvolvem de forma natural depois de um acontecimento, a fim de que se possa explicar e entender como chegaram a tal ponto. Popularmente usado no ramo dos estudos sociais e do comportamento humano (PRODANOV e FREITAS, 2013)

Nesse diapasão, o trabalho terá a abordagem qualitativa, uma vez que busca compreender e interpretar determinados comportamentos, opiniões, expectativas, sentimentos, percepções, entre outros aspectos imateriais, enfrentados pelas gestantes em Santarém e região no que tange à violência obstétrica. No próximo tópico vamos abordar o histórico e formas de atuação do Projeto Nascer em Santarém, a fim de explicitar o caráter prático da aplicação metodológica aqui apresentada.



3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 HISTÓRICO DO PROJETO NASCER EM SANTARÉM-PA E FORMAS DE ATUAÇÃO

A Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), no ano de 2017, elaborou um Projeto denominado NASCER EM SANTARÉM-PA, com o intuito de realizar investigações de práticas violadoras de direitos fundamentais de gestantes, parturientes e puérperas recorrentes na região. Mas, somente a catalogação do problema, não seria suficiente para o enfrentamento da questão, motivo pelo qual a coordenação do projeto iniciou uma campanha de conscientização, mediante a elaboração de uma cartilha que, de maneira didática explica conceito, formas, nuances e como combater a violência obstétrica, bem como, protocolos de notícias de fato e ofícios perante o Ministério Público do Estado do Pará.

A partir da mobilização do Projeto Nascer em Santarém-PA, a 8ª Promotoria de Justiça de Santarém-PA, presidida pela promotora de Justiça Lílian Regina Furtado Braga, iniciou no ano de 2018, um procedimento ministerial de referência, que trata sobre o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, com abrangência para as gestantes, parturientes e puérperas nos municípios de Belterra, Mojuí dos Campos e Santarém, situados no estado do Pará, resultando em seminários direcionados ao combate à violência obstétrica, chamando para a discussão os principais representantes da área da saúde, enquanto que, a 10ª Promotoria de Justiça de Santarém-PA- Promotoria de Justiça Cível, de Direitos da Comunidade e Cidadania, por intermédio de seu titular, Dr. Túlio Chaves Novaes, segue no enfrentamento da violência obstétrica a partir dos dispositivos legais e entendimentos jurídicos que repugnam essas formas de violência.

As Promotorias de Justiça supracitadas, a saber, 8ª e 10ª, além de proporcionarem suporte ao Projeto idealizado pela UFOPA, com realizações de seminários, expedição de portarias, reuniões com os hospitais públicos e particulares da região, com cobranças de providências, em conjunto, estão engajadas no combate à violência obstétrica. No entanto, a 10ª Promotoria, que, atua na responsabilização de condutas contrárias à dignidade da pessoa humana de grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos, ao considerar a proposta do Projeto Nascer em Santarém interessou-se com



afinco pelotema, possuindo como ápice o Procedimento Administrativo SIMP 008701-031/2018, sendo o alvo principal do presente artigo, considerando-se o cunho jurídico da pesquisa.

Ademais, o Projeto Nascer em Santarém-PA desde o seu marco inicial até os diasatuais, reinventa-se no combate à violência obstétrica na região que abrange, contando com a participação de acadêmicos do curso de direito da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e voluntários de variadas áreas do conhecimento que, incessantemente buscam alternativas para a disseminação de informações aliadas às providências que efetivem e garantam direitos. Para tanto, o Projeto conta com reuniões semanais entre seus participantes, atendimento a gestantes para fins de elaboração de Plano de Parto, constante movimentação em grupos de conversas mediante redes sociais, realização de rodas de conversas com gestantes em relação ao tema⁴, participação em palestras e seminários acerca do combate à violência obstétrica, reuniões frequentes com a Secretaria Municipal de Saúde(SEMSA), inclusive com controle estatístico e tomada de providências no que concerne aos casos reais, bem como com o Ministério Público do Estado do Pará, especialmente a partir de sua 10ª Promotoria.

Esses anos de existência do Projeto Nascer em Santarém-PA, além dos debates significativos que produz conta simultaneamente com o âmbito de pesquisas acerca do tema, tanto por Monografias jurídicas como produção de artigos científicos para publicação. No ano de 2019, o Projeto colocou em prática mais uma de suas idealizações, a saber, o início da produção audiovisual- curta metragem pelos integrantes do Projeto em âmbito local com casos reais de violência obstétrica⁵, com conclusão prevista para o mês de maio do corrente ano, postergada devido a pandemia da COVID-19. Além disso, a Clínica de Direitos Humanos da UFOPA, responsável pelo Projeto Nascer em Santarém-PA, atualmente integra a Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil-OAB, em Santarém, a integração consolidou-se em março de 2020, com a finalidade de ampliar e fortalecer as ações desenvolvidas por ambas.



Embora o Projeto já tenha realizado inúmeras atividades de caráter combativo às práticas consideradas violência obstétrica em Santarém-PA e região, tanto levando informações em grupos direcionados como em âmbito mais abrangente, como a participação em Programas de Rádio (**Rádio Rural de Santarém-PA**) para apresentação do Projeto , inclusive, apresentado em março de 2020, em que a Coordenadora do Projeto, Ms. Emanuele Sacramento participou do Programa de Rádio Tribuna do Povo levando informações pertinentes ao enfrentamento da violência obstétrica e a relevância das atividades do Projeto nessa missão. Para tanto, faz-se mister enfatizar as formas extrajudiciais de atuação do Ministério Público no enfrentamento da violência obstétrica anível local, como será abordada no próximo tópico.

⁴ SACRAMENTO, Emanuele Nascimento Oliveira; DUARTE, Lara Carvalho; FERREIRA, Yasmin da Costa.

Rodas de conversa nas unidades básicas de saúde de Santarém-PA como estratégia de debate sobre violência obstétrica. Apresentação de trabalho no II Congresso Nascer Direito,2020.

⁵ SOUZA, Anália Oliveira de; FERNANDES, Bruna da Silva; SACRAMENTO, Emanuele Nascimento Oliveira. **As produções de materiais audiovisuais como um método de enfrentamento à violência obstétrica: experiências no âmbito do projeto nascer em Santarém no estado do Pará.** Apresentação de trabalho no II Congresso Nascer Direito,2020.



3.2 A ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ

O Ministério Público é uma instituição fundamental para as atividades jurídicas do Estado e também é permanente. Em alguns casos para se defender os direitos da sociedade é utilizado o meio judicial, mas em outras situações esse órgão utiliza outro viés, como o meio extrajudicial.

Essa atividade do Ministério Público possibilita que as ações que seriam, a princípio, judicializadas sejam resolvidas de modo mais acelerado, haja vista que independe do poder judiciário, tornando o procedimento mais ágil. Embora não dependa do poder supracitado, caso o conflito não seja resolvido, essa instituição pode tomar providências judiciais sem alto custo e de maneira eficaz a fim de resolver o processo.

Em suas atividades pode atuar nas seguintes formas: Instaurando inquéritos policiais; Procedimento administrativo; Audiências Públicas; Recomendações; Reuniões e Termo de Ajustamento de Conduta, entre outras. Nesse diapasão, a instituição local, representativa do Ministério Público Estadual (MPE), não mede esforços para levar informações de sua atuação à comunidade, em relação ao Projeto Nascer Santarém-PA, a parceria contínua também contou com a palestra do Servidor Público Thiago Guimarães do Sacramento⁶ em outubro de 2019, o palestrante presta auxílio ao exercício da atividade ministerial das Promotorias de Justiça de Santarém-PA, de outubro de 2008 - março de 2010 - Prestou auxílio a atividade das Promotorias de Justiça da Meio Ambiente e Patrimônio Cultural, do Consumidor, de Deficientes e Idosos. De abril 2010 em diante - Presta auxílio a atividade ministerial das Promotorias de Justiça Criminais de Juízo Singular, Execução Penal, de atuação no Tribunal do Júri. exímio militante no que concerne à violência obstétrica e colaborador do Projeto.

Tal evento, consolidou-se pela necessidade de disseminação das práticas realizadas pelo Ministério Público e mecanismos disponibilizados à sociedade no enfrentamento de práticas violadoras de direitos humanos fundamentais, como é o caso da violência obstétrica em Santarém e região. Além de Fiscal da Lei, o Ministério Público, no uso de suas atribuições constitucionais pela garantia dos interesses coletivos e titular da ação penal pública, ou seja, na qualidade de parte (acusação), para fins de investigação de condutas contrárias ao ordenamento jurídico disponibiliza, em suas

⁶ SACRAMENTO, Thiago Guimarães do. Servidor Público do Ministério Público do Estado do Pará (2008). Bacharel em Direito-UFGA (2012). Exerce atividades de apoio técnico administrativo em áreas aplicadas ao conhecimento jurídico em temas relacionados a direitos humanos e cidadania, política criminal e direito agrário. Extensionista na área de educação em direitos. Facilitador de Círculos de Construção de Paz e Justiça Restaurativa. Colaborador em projetos relacionados a violência obstétrica.



redes sociais, canais para registro de reclamações, denúncias, críticas, apreciações, comentários, elogios, pedidos de informação e sugestões através da sua Ouvidoria; Reclamações em relação à atuação funcional dos Promotores de Justiça, mediante a Corregedoria-Geral; Para solicitação de entrevistas ou outras demandas na áreas de comunicação através do link- Imprensa - <http://www.mppa.mp.br/fale-conosco.htm>. Na ocasião da palestra, também foi esclarecido aos acadêmicos e voluntários (integrantes do Projeto Nascer em Santarém-PA), o enquadramento da temática abordada no rol de Defesa Comunitária, da Cidadania, dos Direitos Constitucionais Fundamentais e dos Direitos Humanos, como área de atuação pelo Ministério Público Estadual. Ainda no âmbito extrajudicial, a instituição também oferece cursos de Educação à Distância (EAD) mediante o **Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional (Ceaf)**- É o órgão auxiliar do MPPA que realiza cursos, seminários, congressos, simpósios, pesquisas, atividades, estudos e publicações, objetivando o aprimoramento cultural, funcional e profissional dos membros e servidores. O **Ceaf** desenvolve intensa atividade que repercute em Belém e no interior do Estado, alcançando membros e servidores de todas as categorias e também o público externo e outras Instituições públicas ou da sociedade civil.

Vale ressaltar que, o **Serviço de Informação ao Cidadão (SIC)** é um canal de comunicação entre o Ministério Público e a Sociedade que demonstra proximidade entre o cidadão e a esperança de reconhecimento de direitos, bastante utilizado, tem a função de possibilitar manifestações, sejam elas positivas ou negativas, desde que, demande providências do MPE, bem como, consultas sobre o andamento das manifestações. Dessa forma, o Projeto Nascer em Santarém-PA e o Ministério Público Estadual seguem na digna missão de, utilizar-se de meios mais céleres, como a atuação extrajudicial, em que se dá à outra parte a oportunidade de reparar e/ou ajustar as suas condutas a uma política de exterminação da violência obstétrica no Oeste do Pará. A colaboração recíproca entre Ministério Público Estadual e o Projeto Nascer em Santarém reflete uma verdadeira parceria marcante no combate à violência obstétrica, conforme será abordado no próximo tópico.



3.3 A PARCERIA ENTRE O PROJETO NASCER EM SANTARÉM E O MINISTÉRIO PÚBLICO-PA

O marco inicial da conscientização acerca da existência de violência obstétrica em Santarém-PA e região, surgiu a partir da criação do Projeto Nascer em Santarém-PA da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), mediante a Clínica de Direitos Humanos da Instituição no ano de 2017. Para que as notificações de situações constrangedoras pelas quais grávidas, gestantes, puérperas e recém-nascidos passavam, tivessem alguma resposta efetiva de combate e enfrentamento, o referido projeto fez parceria com o Ministério Público Estadual- PA, realizando conjuntamente como etapa alfa, o Seminário sobre Direitos das Mulheres e Violência Obstétrica, realizado no dia 03 de setembro de 2018, com o auxílio da 8ª Promotoria de Justiça de Santarém-PA, presidida pela promotora de Justiça Lílian Regina Furtado Braga, iniciou no ano de 2018, um procedimento ministerial de referência, que trata sobre o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, com abrangência para as gestantes, parturientes e puérperas nos municípios de Belterra, Mojuí dos Campos e Santarém, situados no estado do Pará. Os debates contaram com a presença da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém(SEMSA), Secretaria Municipal de Saúde de Belterra, , Secretaria Municipal de Saúde de Mojuí dos Campos, Hospital e Maternidade Sagrada Família, Maternidade Irmã Dulce, Hospital Regional do Baixo Amazonas, Centro Regional de Governo do Baixo Amazonas, Unimed- Oeste do Pará, os Conselhos Municipais de Saúde de Santarém, Mojuí dos Campos e Belterra, o Hospital Municipal de Santarém(HMS), as reitorias das principais escolas, universidades e faculdades, tais como: Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Universidade da Amazônia (UNAMA), Universidade Estadual do Pará (UEPA) Instituto Esperança de Ensino Superior (IESPES), Escola Tecnológica do Estado do Pará(EETEPA), Centro de Educação Profissional Esperança (CEPES).

Já a 10ª Promotoria de Justiça de Santarém-PA- Promotoria de Justiça Cível, de Direitos da Comunidade e Cidadania, por intermédio de seu titular, Dr. Túlio Chaves Novaes, no uso de suas atribuições, apoiou o Projeto Nascer em Santarém-PA com a expedição da Portaria nº 24/2018, visando o combate às



práticas consideradas características de violência obstétrica, tais como: a tricotomia, a episiotomia, o enema, proibição de ingerir líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto, a Manobra de Kristeller, o soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, posição da mulher deitada de barriga pra cima durante o parto, revisão rotineira, exploração do útero ou lavagem rotineira do útero após o parto. Tal portaria, além de basear-se em recomendações, orientações, manuais técnicos, outras portarias, programas direcionados ao parto humanizado, sobretudo, da Organização Mundial de Saúde (OMS), também partiu dos pressupostos originados por informações contidas na Notícia de Fato nº 008701-031/2018, instaurada a partir de emissão de Ofício pela coordenação do Projeto Nascer em Santarém nº 03/2018-UFOPA/ICS/PCJ/CDH/Projeto Nascer em Santarém, no qual houve relatos de intervenções médicas desnecessárias e desrespeito à Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005).

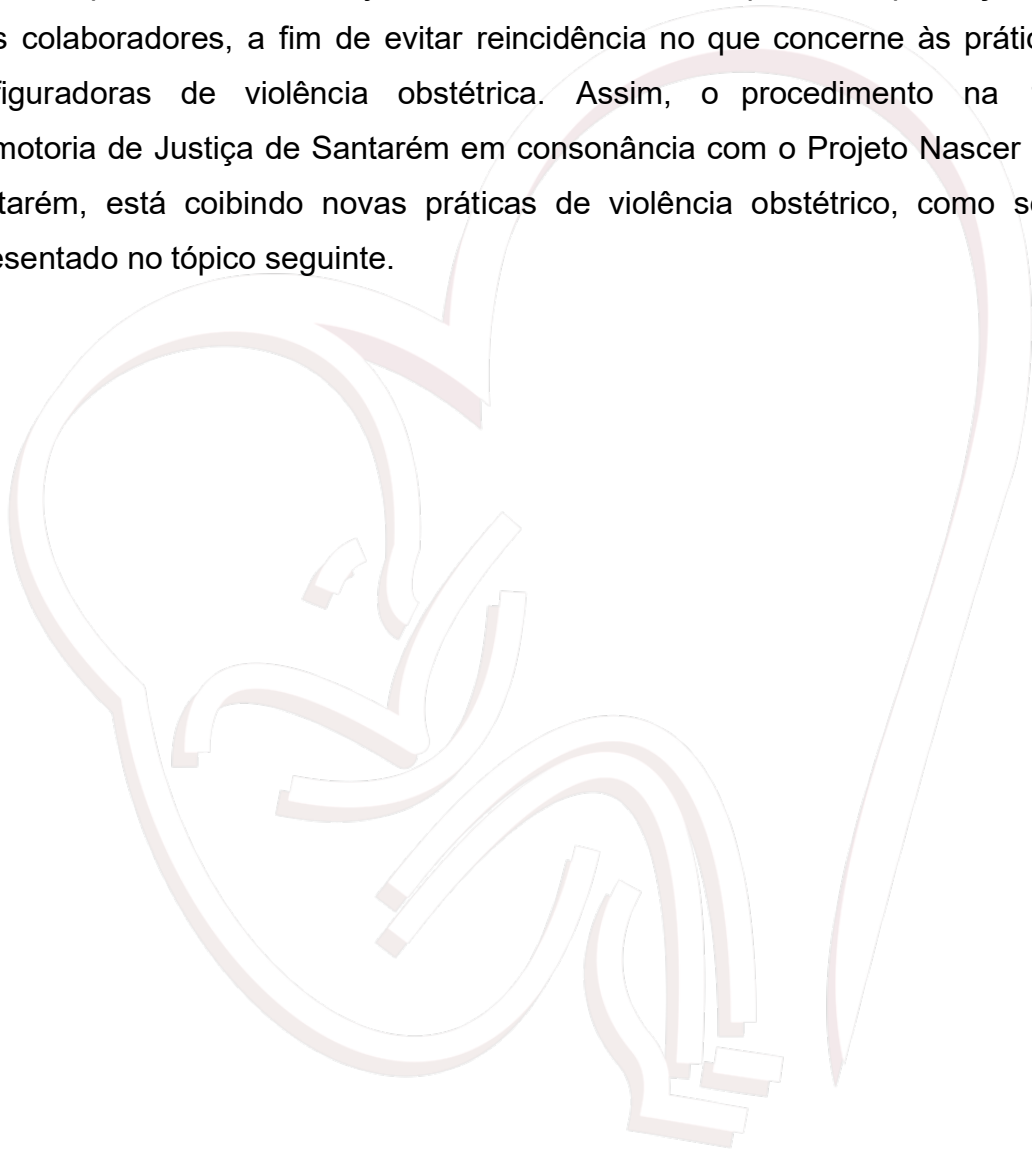
O Procedimento Administrativo SIMP nº 008701-031/2018, instaurado pela 10ª Promotoria de Justiça de Santarém, decorreu da Portaria nº 24/2018, tendo como objeto o acompanhamento e fiscalização de clínicas e hospitais particulares de Belterra, Mojuí dos Campos e Santarém, no que diz respeito a serviços médicos e clínicos despendidos às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, visando garantir um atendimento seguro e humanizado, o momento do pré-parto, assegurando-lhes os direitos fundamentais à saúde , à maternidade, à infância e à convivência familiar.

Em 10 de outubro de 2019 , o Projeto Nascer em Santarém, emitiu novo ofício ao Ministério Público-PA de nº 009/2019, para obtenção de informações acerca do ofício que originou a portaria e procedimento administrativo supracitados, ocasião em que, realizou-se uma reunião no dia 04 de novembro de 2019, às 09:00, com convite/ofício emitido para a participação da UNIMED Oeste do Pará, Maternidade Irmã Dulce, Hospital Sagrada Família, Coordenação do Projeto Nascer em Santarém-PA, com o mesmo intuito no dia 06 de dezembro de 2019, às 09:00, foi realizada outra reunião, nesta, a única instituição que não compareceu foi a Maternidade Irmã Dulce, episódio lamentável , considerando o alto índice de reclamações que coleciona. Entre outros aspectos, foram debatidas questões como: cumprimento do plano de parto, respeito à lei do acompanhante, parceria das instituições com o Projeto



Nascer em Santarém para a realização de palestras acerca do tema para os profissionais da saúde, melhorias realizadas nas instituições, plano de ação para o combate à violência obstétrica, entre outros.

Vale ressaltar que, em geral, as instituições demonstraram verdadeira preocupação com o cumprimento das portarias, recomendações, e seguirem o plano de parto nas medidas de suas possibilidades logísticas, inclusive, aceitando parceria com o Projeto Nascer em Santarém para a Capacitação de seus colaboradores, a fim de evitar reincidência no que concerne às práticas configuradoras de violência obstétrica. Assim, o procedimento na 10ª Promotoria de Justiça de Santarém em consonância com o Projeto Nascer em Santarém, está coibindo novas práticas de violência obstétrica, como será apresentado no tópico seguinte.



3.4 O PROCEDIMENTO NA 10ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE SANTARÉM-PA COMO PARCERIA COM O PROJETO NASCER EM SANTARÉM-PA

A 10ª Promotoria de Justiça de Santarém-PA, especializada em Promotoria Cível de Direitos da Comunidade e Cidadania, por intermédio de seu titular, Dr. Túlio Chaves Novaes, auxiliando o Projeto Nascer em Santarém-PA publicou a Portaria nº 24/2018- MP /10ªPJCv-DC, com base no artigo 129, inciso II da Constituição Federal, artigo 54, I, da Lei Complementar Estadual nº 57/2006, Recomendação Conjunta nº 03/2014- MP/PGJ/CGMP e artigo 8º, inciso III, da Resolução nº 174/2017- CNMP, a saber:

CF- Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público:(...)

II - zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia;

(...)

LC nº 57/2006-Art. 54. No exercício de suas funções institucionais, respeitado o disposto no caput do artigo anterior, os órgãos de execução do Ministério Público poderão:

I – Instaurar inquérito civil (IC) ou procedimento administrativo preliminar (PAP), na forma estabelecida em lei ou em ato normativo do Colégio de Procuradores de Justiça, e, para instruí-los:

a) expedir notificações para colher depoimentos ou esclarecimentos e, em caso de não comparecimento injustificado, requisitar a condução coercitiva, inclusive por meio da polícia civil ou militar, ressalvadas as prerrogativas previstas em lei;

b) requisitar informações, exames periciais e documentos de autoridades federais, estaduais e municipais, bem como dos órgãos e entidades da administração direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados e dos Municípios;

c) promover inspeções e diligências investigatórias junto às autoridades, órgãos e entidades a que se refere a alínea anterior;

d) ter acesso a qualquer banco de dados de caráter público ou relativo a serviço de relevância pública, resguardado o sigilo legal;

(...)

Resolução nº 174/2017- CNMP -Art. 8º O procedimento administrativo é o instrumento próprio da atividade-fim destinado a:

(...)

III – apurar fato que enseje a tutela de interesses individuais indisponíveis;(...)



Assim, no que concerne ao fundamentalismo intrínseco ao direito à saúde, constitucionalmente protegido, como garantidor da própria vida, o Ministério Público, enquanto fiscal da ordem jurídica no ordenamento jurídico brasileiro, utiliza-se de suas atribuições para proclamar a humanização no pré-natal e nascimento, considerando-se que, toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. A portaria supracitada, em suma, instaurou procedimento administrativo com o objetivo de acompanhar e fiscalizar as clínicas e hospitais particulares nos municípios de Santarém, Belterra e Mojuí dos Campos, no que diz respeito aos serviços médicos e clínicos despendidos às gestantes, parturientes, puérperas e aos recém-nascidos, visando garantir um atendimento seguro e humanizado no momento do pré-parto, assegurando-lhes os direitos fundamentais à saúde, à maternidade, à infância e à convivência familiar.

Outrossim, a referida portaria tomou medidas cabíveis baseando-se na Resolução 20/2007 e Resolução 174/2017, determinando, de imediato algumas providências, entre as quais: autuação da presente portaria e documentos pertinentes, fazendo-se a devida comunicação, via ofício, à Corregedoria e à Procuradoria Geral de Justiça, ao Centro de Apoio Operacional Constitucional, remetendo-lhe em anexo, cópia da portaria, para efeitos estatísticos, registro em livro próprio SIMP- Sistema Integrado do Ministério Público, entre outras. O cumprimento da portaria gerou o SIMP 008701-031/2018, importante frisar que, tais procedimentos administrativos partiram de notícia de fato protocolada pelo Projeto Nascer em Santarém-PA, a partir de casos de violência obstétrica, na data de 20 de julho de 2018, configurando-se como polo passivo a coletividade, antes disso, em maio de 2018, o Projeto emitiu ofício ao Ministério Público apresentando a temática e seus objetivos.

A colaboração recíproca entre o Ministério Público do Estado do Pará e o Projeto Nascer em Santarém tem gerado bons frutos, como a Recomendação nº 07/2018 da 8ª Promotoria de Justiça em parceria com a 10ª Promotoria, respectivamente presididas pela Dra. Lilian Regina Furtado Braga e Dr. Túlio Chaves Novaes, com o intuito de fazer valer a lei do acompanhante, atendimento seguro e humanizado, assecuração do planejamento reprodutivo, observância do Plano de Parto e Termo de Consentimento Informado às mulheres submetidas ao parto cesáreo, entre outras, sob pena de



responsabilização, de 01 de outubro de 2018.

Vale ressaltar que, as atividades, investigações, depoimentos e esclarecimentos acerca do cumprimento da portaria e recomendação aqui citadas, constantemente são controladas e fiscalizadas pelo Projeto Nascer e Santarém-PA e pelo Ministério Público Estadual em parceria, a partir de reuniões rotineiras com as instituições responsáveis pelos atendimentos às gestantes, puérperas e recém-nascidos, com percepção de avanço significativo no que concerne às adequações realizadas para evitar a violência obstétrica no ano de 2019.

No dia 05 de junho de 2020, o Ministério Público, na pessoa do Promotor de Justiça Tulio Chaves Novaes, ingressou com a AÇÃO CIVIL PÚBLICA PARA CONDENAÇÃO EM OBRIGAÇÃO DE FAZER E NÃO-FAZER, CONTENDO PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA em face da UNIMED OESTE DO PARÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, HOSPITAL UNIMED OESTE DO PARÁ, BENEFICÊNCIA CAMILIANA DO SUL – PLANO DE SAÚDE SÃO CAMILO – PLANO PAS e SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO – HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMÍLIA, instituições privadas de atendimento à saúde no município de Santarém-PA, acerca da insuficiência quantitativa e qualitativa de leitos, mas, sobretudo, pela ausência de infraestrutura técnica necessária para enfrentar as situações de maior gravidade, evitando-se que as mesmas evoluam para óbito, no contexto da pandemia que nos assola atualmente. A triste realidade aponta que as referidas instituições privadas não possuem Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), como aponta trechos da Ação Civil Pública:

A realidade do setor privado da saúde em Santarém, por tanto, é a do aparelhamento insuficiente de suas unidades, com a ausência de implantação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), na contramão dos direitos consagrados ao consumidor pelo nosso sistema jurídico.

Assim, vige no Município de Santarém, que atende como polo em saúde toda a região do Baixo Amazonas, a realidade do descompasso e da falta de suporte em relação à parcela crucial dos serviços médicos essenciais, necessários à concretização das dignidades de boa parte da população. Explicitamos: além da ausência de suporte em relação às eventuais necessidades de pacientes mais graves, diagnosticados com covid-19, tanto no Hospital



Sagrada Família, como no Hospital da Unimed, os planos de saúde que atuam nestes nosocômios comumente realizam procedimentos cirúrgicos de alta e média complexidade, como cirurgias eletivas, cirurgias de urgência, de emergência, videolaparoscopias, procedimentos obstétricos cirúrgicos (cesarianas), inclusive cirurgias estéticas etc. que podem dimanar claramente a necessidade de leitos de UTI, contudo, sem o suporte real da unidade de terapia intensiva, necessário à segurança do paciente.

Em suma, os beneficiários dos planos de saúde das instituições supracitadas precisam concorrer com os usuários do SUS- Sistema Único de Saúde em caso de necessidade de utilização de Unidades de Terapia Intensiva que, frise-se, não consegue comportar esta demanda, gerando um risco ainda maior para o consumidor e para os demais usuários em geral do SUS.

A presente ação visou a implementação imediata de leitos de UTI's nos hospitais mantidos pelos planos de saúde, construção de hospitais de campanha e que se abstenham de realizar cirurgias eletivas que, hipoteticamente possam gerar a necessidade de tratamento em unidade de terapia intensiva, enquanto não implantadas. No dia 07 de julho de 2020, o juiz Valdeir Salviano da Costa da 1ª Vara Cível e Empresarial de Santarém, proferiu decisão no sentido de instalação das UTI's em caráter emergencial, a suspensão das cirurgias eletivas por 60(sessenta) dias, apenas desobrigando-os da construção de hospitais de campanha, concedendo provimento parcial a Ação Cível Pública, a saber:

(...)

Ambos os hospitais tem condições de instalar UTIs, pois já tem leitos destinados aos pacientes do Corona Vírus, podendo separar alguns deles e equipá-los com os equipamentos necessários. Se isso não bastasse, nada impede que a instalação das UTIS seja feita em outro local. Os gastos necessários devem ser suportados pelos requeridos. Não se pode ter um hospital que atenda plano particular de saúde e situações emergenciais que demandam utilização de UTIs sem oferecer uma a seus usuários. A alegação de que assumem os gastos com as internações em UTIs em hospitais públicos não retira a obrigação dos mesmos em oferecer os serviços de UTIs a seus usuários.

(...)



Ante o exposto, defiro parcialmente a tutela de urgência para determinar, liminarmente, que Unimed Oeste do Pará – Cooperativa de Trabalho Médico e Hospital Unimed Oeste do Pará providenciem a instalação de 10 (dez) leitos de UTIs, bem como que procedam a todo o necessário para o regular funcionamento dos leitos no prazo máximo de 15 (quinze) dias, devendo estar em pleno funcionamento no prazo de 30 (trinta) dias, bem como proceda a suspensão das cirurgias eletivas pelo prazo de 60 dias, sob pena de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por dia de descumprimento, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais). Determino que os requeridos Beneficência Camiliana do Sul – Plano de Saúde São Camilo – PLANO PAS providenciem a instalação de 06 (seis) leitos de UTIs, bem como que procedam a todo o necessário para o regular funcionamento dos mesmos no prazo máximo de 15 (quinze) dias, devendo estar em pleno funcionamento no prazo de 30 (trinta) dias, bem como proceda a suspensão das cirurgias eletivas pelo período de 60 dias, sob pena de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por dia de descumprimento, até o limite de R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) Indefiro as tutelas requeridas de construção de hospitais de campanhas pelos requeridos.

Intimem-se as partes da presente decisão e proceda a citação das requeridas para que contestem o feito no prazo de 15 dias, sob pena de se presumirem verdadeiros os fatos alegados na inicial. Deixo de designar audiência de conciliação, por entender que a mesma é inviável no presente caso.

Cumpra-se.

Importante destacar que, o que fez com o Ministério Público atentasse para o caos na rede privada em relação à ausência de UTIs decorreu do SIMP 008701-031/2018, aqui já mencionado como o principal marco jurídico no enfrentamento da violência obstétrica em Santarém e região, enfatizando que durante as reuniões entre as instituições privadas, o Projeto Nascer em Santarém e o Ministério Público evidenciou-se problemas correlatos como este, exigindo do parquet imediata atuação, com obtenção de resultados satisfatórios.



4. CONCLUSÃO

Tornou-se convencional de acordo com o interesse da sociedade chamar de parto humanizado o procedimento de nascimento em que há o respeito à integridade física e moral da mulher, da sua saúde e do nascituro, evitando práticas que provocam dores antes, durante e depois do parto. Além disso, não somente esse tipo de procedimento é considerado uma infração aos direitos da mulher e do bebê, mas também, toda intervenção direta ou indireta que afete as decisões da gestante, podendo ser estes: negligência de atendimento, falta de informação, processos que afetem a autonomia da parturiente, dentre outros que são classificados como violência obstétrica.

O Projeto Nascer em Santarém, coordenado pela Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará-UFOPA, por meio de relatos de mulheres que sofreram condutas classificadas como violência obstétrica denunciou que essas gestantes sofreram esse tipo de conduta tanto na rede pública quanto na rede privada na cidade de Santarém. Nesse sentido, as Promotorias de Justiça aliadas ao combate à violência obstétrica, têm atuado veementemente, cada uma com sua especificidade, a saber: a 8ª Promotoria de Justiça de Santarém acompanha e fiscaliza o atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde-SUS, trabalhando a regularidade necessidade e execução dos convênios e contratos firmados entre este e as entidades sem fins lucrativos e filantrópicos, além daquelas entidades de iniciativa privada e profissionais liberais voltados a promoção, proteção e recuperação da saúde. Enquanto que, a 10ª Promotoria de Justiça de Santarém atua como fiscalizadora da propaganda, da prestação de serviços dos planos de saúde particulares e de profissionais liberais, fomentando a defesa do consumidor ante a prática e cláusulas contratuais abusivas, inclusive seu descumprimento.

Antes mesmo de humanizar o parto, o Projeto Nascer em Santarém humaniza os atendimentos realizados às gestantes, levando informações, ouvindo-as, conhecendo-as e, a partir dos seus relatos de experiências, auxiliando-as na elaboração de seus planos pessoais de parto, medida inédita na cidade, o que nos remete ao Supraprincípio da Dignidade da Pessoa Humana, dignidade essa, que muitas nem sabiam que possuíam. Saber ouvir o



outro, suas necessidades e história de vida, é essencial para a escuta da gestante, visando à construção de confiança e reciprocidade entre as partes. Conhecendo a realidade de Santarém e região no que se refere ao negativo histórico de violência obstétrica, a parceria entre o Projeto e o MPE, consegue levar fé e esperança de que é possível uma sociedade solidária, empática, humanizada, justa e mais do que isso, DIGNA.

Vale ressaltar que, o Projeto Nascer em Santarém juntamente com o apoio do Ministério Público exerce um trabalho relevante no enfrentamento das práticas violadoras dos direitos humanos fundamentais de gestantes, puérperas, parturientes e recém-nascidos, traçando um caminho que, embora encontre inúmeros desafios, atualmente está gerando resultados positivos. Nesse diapasão, a 10^a Promotoria de Justiça, enquanto fiscal da lei, nas suas atribuições constitucionais, busca a judicialização de notícias de fato, a partir da instauração de procedimentos administrativos, com expedições de portarias, entre outras medidas extrajudiciais que, em um futuro próximo significarão o extermínio da violência obstétrica em Santarém-PA e região.



5. REFERÊNCIAS

BERMEGUY, Lila; NOVAES, Túlio Chaves. **Ação Civil Pública n ° 0803731-50.2020.8.14.0051 de 25/06/2020. Proposta pelo MPE contra Unimed Oeste do Pará**

– **Cooperativa de Trabalho Médico; Hospital Unimed Oeste do Pará; Beneficência Camiliana do Sul – Plano de Saúde São Camilo – PLANO PAS que trata de Práticas Abusivas e COVID-19. Ação quer obrigar planos de saúde a instalar leitos de UTI:** a promotoria requer ainda que parem de realizar cirurgias não urgentes e construam hospital de campanha para pacientes de covid-19. Brasil, 2020. Disponível em: <http://www.mppa.mp.br/noticias/acao-quer-obrigar-planos-de-saude-a-instalar-leitos-de-uti.htm> . Acesso em: 05 de setembro de 2020.

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

NOVAES, Túlio Chaves. **SIMP 008701-031/2018. Extrajudiciais->procedimentos doMP->Procedimento Administrativo. Proposta pelo MPE (10º PJ DE SANTARÉM – Santarém) contra clínicas e hospitais particulares de Santarém; Belterra e Mojuí (polo Passivo).** Brasil, 2018. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/simpweb/index.jsf> . Acesso em: 05 de setembro de 2020.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo:Feevale, 2013





Rodas de conversa nas unidades básicas de saúde de Santarém/PA como estratégia de debate sobre violência obstétrica

Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento¹

Lara Carvalho Duarte²

Yasmin da Costa Ferreira³

RESUMO: A violência obstétrica é um tipo de violência de gênero considerada como violação aos direitos sexuais e reprodutivos. Apesar disso, um número alarmante de mulheres se mostram vítimas de procedimentos e intervenções médicas que as violentam. Nesse contexto, o Projeto de Extensão “Nascer em Santarém” atua na cidade de Santarém-PA de forma a garantir o direito à informação das gestantes e seus familiares, além de discutir os dispositivos legais do ordenamento jurídico brasileiro em parceria com órgãos nos âmbitos municipal e estadual, por meio da metodologia freiriana. Observa-se, na realidade local, a necessidade de empoderar as mulheres e, nos casos das gestantes que sofrem algum de tipo de violência, encaminhar aos órgãos competentes.

Palavras-chave: Violência obstétrica; direito à informação; metodologia freiriana; empoderamento feminino.





1. INTRODUÇÃO

O processo de gestação humana, para as mães e as pessoas que a circundam, compõe um marco singular que acarreta uma série de transformações tanto psicológicas e mentais, como fisiológicas. Observa-se, nessa fase da vida, períodos de muita excitação e significativas alterações no próprio cotidiano familiar, vez que o nascimento trará experiências que terão repercussão no âmbito social, físico, mental e emocional (DONELLI, 2003). Dessa forma, resta-se evidente que o momento do parto poderá resultar em dois extremos: assim como pode tornar-se uma ocasião de felicidade, poderá ser traumatizante.

Ao final do século XIX, nota-se que a maioria dos partos ainda ocorriam nas casas das famílias, sem o acompanhamento do profissional médico, e com a ajuda tão somente das chamadas “*parteiras*” – profissionais que atuavam com base no conhecimento empírico –, caracterizando-se, dessa forma, como um procedimento acessível e econômico (LIESTER, RIESCO, 2013). Com avanço da medicina em decorrência do uso de novas tecnologias, o parto passou por modificações que sedistanciaram de tal modelo.

1 Docente no curso de Direito e coordenadora do projeto Nascer em Santarém: emanuele_oliveira87@yahoo.com.br

2 Estudante do curso de Direito – ICS – UFOPA: duartelarac@gmail.com e bolsista PEEEX do Projeto Nascer em Santarém

3 Estudante do curso de Direito – ICS – UFOPA: yasmin.fdsousa@outlook.com e bolsista PIBEX do Projeto Nascer em Santarém





Note-se que, nesse período de desenvolvimento técnico-científico, houve o aperfeiçoamento de técnicas de extrema relevância para a diminuição de mortes tanto das parturientes quanto dos recém-nascidos, como ocorreria com a cesariana. Com o decurso do tempo, o parto passou a se dar majoritariamente em hospitais, com a assistência de médicos e outros profissionais, sendo, inclusive, a principal forma de nascer no atual contexto brasileiro. Nesse contexto, saiu-se de um cenário em que o parto era um evento entre mulheres, sendo a gestante a protagonista, para uma realidade em que as mulheres grávidas passaram a ser agentes passivas em relação à equipe de saúde.

Nessa conjuntura, a identificação da conjuntura da Violência Obstétrica (VO)⁴ trouxe a indispensabilidade de se discutir o Parto Humanizado na forma em que prevê o Ministério da Saúde (MS) brasileiro e a Organização Mundial da Saúde (OMS) que incentivam a mulher a se tornar a real protagonista de sua gestação e parto, atendendo suas necessidades e vontades na medida em que se fizer possível.

A VO é caracterizada a partir das mais diversas condutas que podem ir desde o pré-natal até o período de pós-parto através, por exemplo, de falas agressivas, do induzimento à realização de uma cirurgia cesárea desnecessária, da não permissão da entrada do acompanhante na hora do parto, dentre outras práticas que claramente violam direitos fundamentais das parturientes.

Um das causas que agravam esse cenário é a desinformação das gestantes. Como sabido, o Brasil, país emergente, apresenta um conjunto de barreiras quanto ao sistema nacional de educação. Tal fato influencia diretamente na dificuldade que se tem em dialogar com a sociedade acerca de direitos sexuais e reprodutivos, vez que esse tema, muitas vezes, é visto como tabu e, como consequência, formam-se gerações de (ANDRADE, 2014)

⁴ Qualquer ato exercido pelo profissional da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres exprimidos através de uma atenção desumanizada, abusos de ações intervencionistas, medicalização e transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.





pessoas que não conhecem direitos constitucionais básicos e que, portanto, dificulta a cognição e o reconhecimento da existência da violência obstétrica – contrariando a necessidade de valorização do empoderamento feminino.

Calha ressaltar, a VO, em diversas ocasiões, nota-se pelo depoimento das mulheres, é vista de forma natural, vez que se encontra enraizada na cultura dos partos brasileiros, ocasionando em uma série de intervenções médicas traumáticas e dolorosas.

Ante o exposto, mostrou-se urgente e imprescindível o entendimento real da VO e quais suas repercussões na realidade enfrentada pelas gestantes e suas famílias na cidade de Santarém-PA – ora, é peculiar ao Direito se (re)fazer mediante aos novos embates sociais –, como o tema está sendo tratado e discutido frente às recorrentes denúncias recebidas pelo Projeto de Extensão Nascer em Santarém (vinculado à Universidade Federal do Oeste do Pará). Nesse sentido, o objetivo deste artigo é fazer o relato da experiência do uso de rodas de conversas com forma de levar a informação às gestantes sobre violência obstétrica, humanização da assistência à gestante e plano de parto, conforme será abordado nos tópicos a seguir.





2. METODOLOGIA

O texto da Política Nacional de Extensão Universitária publicado em 2012 pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX) dentre outros objetivos, afirma a extensão enquanto processo acadêmico definido e efetivado em função das exigências da realidade, figurando como parte da solução dos grandes problemas do País. Além disso, destaca a importância da prática da extensão na elaboração de políticas públicas e ampliação do acesso ao saber. Tais objetivos seguem a linha adotada no Plano Nacional de Extensão de 1999, com o acréscimo de determinados elementos contextualizados à realidade atual.

Essa compreensão acerca do papel desempenhado pela extensão universitária não é por acaso. Deriva, na verdade, de um longo caminho percorrido desde 1911 em nosso País. As primeiras práticas extensionistas remontam ao início do século XX, com a realização de cursos na Universidade de São Paulo (USP) e a criação da escola de agricultura e veterinária em Viçosa. Nas décadas de 50 e 60, a União Nacional do Estudantes (UNE) promoveu uma série de movimentos culturais e políticos, dentre eles a valorização da extensão universitária.

O período da ditadura militar foi marcado por medidas de caráter cooptativo e submetidas à “segurança nacional”. São exemplos disso o Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária – GRUTAC de 1966 e o Projeto Rondon de 1967, ambos na linha clássica da extensão como forma de levar conhecimento e melhorias para a comunidade. Foi no final da década de 70 e início da década de 80, no início da abertura da ditadura, que se elaborou um Plano de Trabalho de Extensão Universitária, bastante influenciado pelas ideias de Paulo Freire.

O que se tinha até então enquanto prática extensionista era um assistencialismo que sujeitava a comunidade com quem se trabalhava à categoria de “objeto”, não havia o entendimento de que eles eram, na verdade, “sujeitos”. No I Encontro Nacional do Fórum das Pró-Reitorias de Extensão, em 1987, o conceito adotado refletiu o momento de redemocratização pelo qual o





Brasil passava:

A Extensão Universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade. A Extensão é uma via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da praxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Esse fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados, acadêmico e popular, terá como consequências a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora deste processo dialético de teoria/prática, a Extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social. (FORPROEX, 1987)

Essa definição traz uma ressignificação à prática da extensão, compatível com uma universidade pública que atua enquanto elemento de superação das crises sociais. Isso porque, através do exercício extensionista, a universidade se aproxima da realidade na qual estamos inseridos e assume um papel que extrapola o de mera produtora de conhecimento: passa a ser agente de transformação.

O Plano Nacional de Extensão de 1999 e a Política Nacional de Extensão de 2012 apresentam, como fio condutor em seu texto, a mesma ideia: a ruptura com um modelo de universidade isolacionista, auto-centrado e que abarca em suas ações de extensão o mero assistencialismo, que pouco põe em prática todo o potencial que a produção de conhecimento acarreta. O referido texto da Política Nacional traz um novo conceito de extensão universitária, fruto de diversos debates e construções ao longo dos últimos anos:





A Extensão Universitária, sob o princípio constitucional da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, é um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade. (FORPROEX, 2012)

Seguindo as diretrizes para as ações de extensão universitária presentes nessa política, quais sejam, a interação dialógica (troca de saberes), interdisciplinaridade e interprofissionalidade, indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, impacto na formação do estudante e impacto e transformação social, surge a proposta da criação deste projeto de extensão – Direitos das Mulheres e Violência Obstétrica – vinculado à Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará.

A extensão enquanto um dos pilares de sustentação do ensino superior tem sido implementada, tradicional e essencialmente, no Curso de Direito enquanto prática jurídica. Tanto é assim, que o Núcleo de Prática Jurídica é elemento essencial de formação acadêmica. No entanto, faz-se necessário explorar outras formas de inserção na sociedade por meio da extensão universitária. Especialmente, ao se ter em mente a pluralidade da atuação jurídica e também de demandas sociais às quais uma universidade pública tem a função de atender.

Dessa forma, mais do que fazer um levantamento de dados e análise teórica em torno do tema da violência obstétrica, a comunidade local demanda linhas de ações para mudar esse quadro preocupante. Motivo pelo qual, a partir da identificação das violações sofridas pelas mulheres durante a gestação, são elaborados coletivamente mecanismos de combate e superação desse quadro.

Como explicitado acima, o conceito que se tem de extensão hoje foi bastante influenciado pelas ideias de Paulo Freire. O seu método, composto a partir das trocas de experiências dos grupos envolvidos, permite que a compreensão dialética da sociedade se consubstancie em uma construção que tem por objetivo dar um novo significado às esferas do saber. Elementos como o saber local, a realidade dos grupos em que se trabalha, o conhecimento tradicional, caminham lado a lado com a construção do conhecimento científico, sem que aqueles sejam acessórios destes, mas sim interlocutores.





O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para *pronunciá-lo*, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. (...)

se é dizendo a palavra com que, *pronunciando* o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens.

Por isso o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes. (FREIRE, 2017, p. 109)

Na prática, isso significa que a metodologia freireana foi construída de tal forma que se adapta e enriquece de acordo com o meio social no qual se trabalha. É por isso que constitui hoje uma das ferramentas mais eficientes de pesquisa e extensão. O método freireano é fortemente fundamentado na práxis como uma ação transformadora, que seja a conjunção entre ação e reflexão. No campo do direito, a práxis freireana ganha força pela sua ligação íntima à interdisciplinaridade.

Essa metodologia possui três elementos que aglutinam a dialética e interdisciplinaridade. Inicialmente propõe-se uma investigação temática, em que o educador e o educando se dispõem a observar a realidade do educando a partir de seu olhar, destacando os elementos cognitivos e concedendo um novo significado às palavras e elementos que aglutinam conceitos e ideias. É um momento de realização e redescoberta, em que o diálogo do educador se faz necessário no processo de instigar que os elementos de conhecimento da realidade do educando sejam destacados.

Após esse exercício segue-se à construção da tematização, um espaço em que os diversos elementos de saber passam a ser relacionados e entrelaçados, associando-se os elementos de conhecimento das esferas de saber do mundo dos participantes. É o movimento a partir do qual uma releitura social se faz possível, posto que novas fontes de conhecimento são conectadas





àquelas anteriormente destacadas, ampliando e alargando a visão e compreensão de conceitos de um pelo outro. Tanto educando quanto educador tem seus horizontes expandidos.

Por fim, segue-se à problematização, em que os elementos destacados na primeira etapa, relacionados a outros elementos de realidades diversas na segunda etapa, são trazidos e colocados em perspectiva. É o momento do fechamento da ideia e implementação de seus elementos. O momento em que a discussão deixa de ser meramente teórica e, a partir das falas conjuntas, são reconhecidos os limites dialéticos dos conceitos levantados e as ações são implementadas no sentido cultural, político, social e buscando sempre a superação dos limites reconhecidos pela leitura dialética.

Por se tratar de uma construção coletiva e continuada, essa metodologia permite a flexibilização das ações a serem implementadas conforme a demanda do grupo com o qual se trabalha. O que se mostra como ferramenta importante e estratégica para trabalhar com o tema da violência obstétrica, motivo pelo qual, ao planejar as rodas de conversas com as gestantes, essa é a metodologia empregada pelo Projeto Nascer em Santarém.

A seguir, no tópico “Resultados e Discussão”, abordaremos os aspectos gerais da violência obstétrica que são apresentados às gestantes nas rodas de conversa e, posteriormente, faremos o relato de como são planejadas as rodas de conversa junto às gestantes, de modo a demonstrar como a metodologia freireana é aplicada na prática nessas situações.





3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Aspectos gerais da violência obstétrica

Conforme identificado no item “Introdução”, a identificação da prática da Violência Obstétrica (VO) trouxe a indispensabilidade de se discutir o Parto Humanizado na forma em que prevê o Ministério da Saúde (MS) brasileiro e a Organização Mundial da Saúde (OMS) que incentivam a mulher a se tornar a real protagonista de sua gestação e de seu parto, atendendo suas necessidades e vontades na medida em que se fizer possível.

A amplitude do termo Violência Obstétrica e, concomitantemente, suas especificidades tornam complexa sua conceituação simples e objetiva. Segundo TESSER (2015), o termo descreve e agrupa as práticas obstétricas que expõem as mulheres a situações de maus tratos físico, psicológico e verbal. Além disso, engloba procedimentos considerados desnecessários e que causam danos, por vezes permanentes, em seus corpos, como a episiotomia.

Dessa forma, vale ressaltar que tais condutas podem ir desde o pré-natal até o período de pós-parto através, a título de exemplificação, de falas agressivas, do induzimento à realização de uma cirurgia cesárea desnecessária, da não permissão da entrada do acompanhante na hora do parto, dentre outras práticas que claramente violam direitos fundamentais das parturientes. Como preconiza ANDRADE (2014), a VO é:

Qualquer ato exercido pelo profissional da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres expressos através de uma atenção desumanizada, abusos de ações intervencionistas, medicalização e transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

Em conformidade com um dossiê redigido pela Rede “Parto do Princípio” (2012), a violência obstétrica se dá por meio de atos que violem física, psicológica, sexual ou institucionalmente, assim como, quando há omissão de informações acerca do parto.





De tal modo, infere-se que a VO física se dá quando há a realização de intervenções invasivas e desnecessárias, bem como quando há administração de fármacos (ou derivados) ou, ainda, quando não se respeita a possibilidade da execução de um parto biológico. Por sua vez, a VO psicológica é manifestada através de falas agressivas, tratamento humilhante, discriminatório, desumano. Quanto à VO sexual, pode-se afirmar que ocorre quando há uma obrigação, à vítima, para a prática de ações que violem sua intimidade, incidindo diretamente em sua integridade sexual e reprodutiva – tendo ou não acesso aos órgãos reprodutivos ou às “partes íntimas”.

Apesar de tais condutas serem absurdas e cruéis, contrariando aquela antiga visão piegas de que a medicina é feita somente com amor, dados da Fundação Perseu Abramo e do Serviço Social do Comércio (SESC) publicados na Pesquisa de Opinião Pública “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados” (2010), revelam que 1 em cada 4 mulheres relatam sofrerem violência obstétrica na hora do parto. E, apesar do número alarmante de vítimas, não há legislação específica no ordenamento jurídico brasileiro.

Uma das causas que agravam esse cenário é a desinformação das gestantes⁵. Como sabido, o Brasil, país emergente, apresenta um conjunto de barreiras quanto ao sistema nacional de educação. Tal fato influencia diretamente na dificuldade que se tem em dialogar com a sociedade acerca de direitos sexuais e reprodutivos, vez que esse tema, muitas vezes, é visto como tabu e, como consequência, formam-se gerações de pessoas que não conhecem direitos constitucionais básicos e que, portanto, dificulta a cognição e o reconhecimento da existência da violência obstétrica – contrariando a necessidade de valorização do empoderamento feminino.

⁵ O direito à informação como direito fundamental e o uso de materiais áudio visuais para sua efetivação será abordado no artigo: SOUZA, Anália Oliveira de; FERNANDES, Bruna da Silva; SACRAMENTO, Emanuele Nascimento Oliveira. **As produções de materiais audiovisuais como um método de enfrentamento à violência obstétrica: experiências no âmbito do projeto nascer em Santarém no estado do Pará.** Apresentação de trabalho no II Congresso Nascer Direito, 2020.





Por conseguinte, frente a dificuldade que as mulheres têm em reconhecer a existência da VO e até mesmo, diante do reconhecimento, dificuldade de encontrar mecanismo de defesa, tal violência, em diversas ocasiões, nota-se pelos depoimentos de muitas mulheres vitimadas, é vista de forma natural, vez que se encontra enraizada na cultura dos partos brasileiros, ocasionando em uma série de intervenções médicas traumáticas e dolorosas.

Ademais, outro fator que compromete o combate à violência obstétrica no Brasil, é a falta de uma legislação específica que defina a VO e que tutele uma maternidade segura. Entretanto, existem alguns pequenos, porém, significativos avanços, como é o caso da chamada Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), que versa:

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

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

Grifamos.

Visando garantir a proteção da criança ou adolescente que vier a engravidar, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também tratou do assunto. Aqui, destaca-se:

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

- § 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o **direito de opção da mulher.** [...]

- § 6º A gestante e a parturiente **têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência** durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. *Grifamos.*





Os dispositivos legais em referência permitem à mulher ter segurança da realização de seu trabalho de parto, parto e pós-parto imediato ao lado de alguém que possa fazer o seu acompanhamento. Para além disso, o ECA também elucida a importância da gestante escolher o local em que o parto será realizado e, mais, garante que o médico que a acompanhou no último trimestre esteja presente.

Tendo em vista o teor técnico dessas informações, bem como o fato de que, como já descrito anteriormente, os processos históricos que trouxeram ao atual modelo de assistência à gestante promoveram a naturalização de práticas violentas e/ou desnecessárias, o Projeto Nascer em Santarém tem buscado, desde 2017, através das rodas de conversa permitir um ambiente informal e seguro para diálogo com as gestantes nas Unidades Básicas de Saúde, conforme será relatado a seguir.

3.2. As rodas de conversa sobre violência obstétrica

Falar sobre Violência Obstétrica e os direitos da parturiente e seus familiares de forma acessível, é uma das ações que o Projeto Nascer em Santarém, vem fazendo na cidade de Santarém-PA por meio de “rodas de conversa”, mais especificamente nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, com atuação do projeto e parcerias institucionais. Essas rodas de conversas buscam ser informativas e há toda uma organização antes para a realização de uma atividade como essa.

A escolha das unidades básicas de saúde para realização da atividade prioriza as áreas periféricas da cidade, uma vez que se percebe que é difícil o acesso à informação por parte dessas mulheres. Via de regra, o público-alvo das UBS's localizadas na periferia de Santarém é composto de mulheres com baixa escolaridade, de baixa renda, pretas ou pardas, multíparas, é comum a incidência de gravidez na adolescência e, geralmente, a realidade dessas mulheres é marcada por um histórico de violações de direitos humanos. Nesse sentido, reconhecendo o papel social da universidade pública, o Projeto Nascer em Santarém busca concentrar suas atividades levando informações para esse público, tradicionalmente marginalizado.





A proposta para realização de uma roda de conversa acontece quando um representante de uma UBS manda um ofício solicitando a presença do projeto para fazer uma roda de conversa com as gestantes da unidade, sendo a proposta levada para uma reunião administrativa, na qual é acordado o dia e o tema que será discutido durante a roda. É montado um grupo de estudantes junto com a coordenadora Emanuele Sacramento, tendo conhecimento e preparação para conduzir o momento.

Nos encontros semanais do projeto de extensão, ocorre a preparação em cima do tema que será abordado. Cada integrante que tem disponibilidade de ir no dia, fica responsável por alguma tarefa, sendo que, o objetivo da ação é falar sobre o que é a Violência Obstétrica, os direitos da gestante e seu acompanhante, e também como o projeto realiza o plano de parto, explicando as vias de parto (natural, normal e cesareana), de forma que não seja técnica e sim popular, fica mais compreensível para as gestantes.

Isso porque, conforme descrito no item “Metodologia”, uma dos aspectos fundamentais na implementação da metodologia freireana é fazer uma adequação da linguagem ao público-alvo de tal como que seja possível travar um debate inclusivo e aprofundado, atendendo às necessidades dos sujeitos envolvidos. Nesse sentido, ao planejar uma atividade como essa, o foco da equipe do Projeto é nas gestantes, de modo que cada detalhe é pensado de forma a ouvi-las e acolhê-las.

No dia marcado, o grupo é recepcionado pelas enfermeiras da unidade, já com o local organizado com as cadeiras colocadas em roda. Uma roda de conversa tem seu início com as boas vindas às presentes e uma dinâmica de apresentação.

Quanto à dinâmica de apresentação, busca-se trazer elementos que tenham relação com a maternidade através do uso de objetos da palavra que, os quais são passados a cada pessoa da roda de conversa para falar. Esses objetos são, geralmente, uma roupinha de bebê (usada no batismo da Prof. Emanuele) ou a “boneca Helena” que recebe o carinho de todos (ela é também da coordenadora do projeto e foi dada a ela de presente por seu marido no início do namoro dos dois). O objetivo de usar esses objetos com um relato





afetivo por três deles é por ser simbólico a uma criança e para as gestantes sentirem mais próximas ao seu bebê, além de permitir a vinculação das gestantes à equipe do projeto ao levar algo pessoal para partilhar com elas.

Após a rodada de apresentações, a roda é dedicada a ouvir a experiência das gestantes presentes para que seus relatos sejam usados no momento de explicar os conceitos mais teóricos. De forma dinâmica algumas perguntas são feitas para as gestantes, como: “como foi o seu primeiro parto? você já ouviu falar sobre Violência Obstétrica? Você acha que sofreu VO? Como você espera que seu parto seja?”. Na primeira pergunta, em que a gestante está relatando como ocorreu o seu parto, sempre observa-se que, aquelas que já têm outros filhos, em algum momento sofreram violência sem nem mesmo saber ou, muitas das vezes sabia, mas não tinham como se defender em razão da fragilidade do momento. É comum as mulheres relatarem que passaram por tudo sem ter o seu acompanhante do lado porque não permitiram, que ela teve que passar por tudo sozinha, e depois não sabia quem procurar e informar que seus direitos não foram respeitados. Não raro, essa etapa da roda de conversa traz à tona manifestação de sentimentos de solidão, abandono, raiva, tristeza e não é incomum que algumas gestantes contem suas experiências com lágrimas nos olhos, principalmente, nas ocasiões em que a violência sofrida levou à morte do bebê ou de uma mulher próxima àquela que relata.

Em seguida, depois de ouvir os relatos, explicamos sobre os temas trazidos para o dia. Para entrar na temática a utilização de slides é essencial para ilustrar as manobras, e intervenções que os médicos fazem muitas das vezes sem o consentimento da gestante e de seu companheiro. Seguindo a dinâmica da metodologia freireana, nesse momento da explicação mais técnica, tudo aquilo que foi coletado como informação no momento de escuta das gestantes é utilizado para exemplificar o que está sendo mostrado. As gestantes costumam participar também deste momento e, inclusive aquelas que foram mais tímidas no momento anterior, acabam contribuindo com informações, dando nome àquilo que passaram sem saber como nomear.





Sempre se tem uma pergunta feita nas rodas de conversa, muito importante para saber o quanto a gestante sabe sobre violência obstétrica, e a como identificar a violência obstétrica no atendimento do pré-natal, parto, pós-parto ou em situações de aborto, pois muitas gestantes principalmente “mãe de primeira viagem” não sabem e acabam sofrendo em um momento que era para ser bom, acaba sendo ruim e traumático. Com todas essas informações e experiências que as gestantes se sentem confortáveis a relatar partos anteriores que já tiveram, é explicado de forma dinâmica através de um mapa mental impresso cada etapa em uma folha que pode ser colocada

em um varal ou no meio da roda, dependendo do ambiente.

Nessa dinâmica leve e descontraída, a conversa flui, que nem percebe-se que o horário previsto para o término passou. Busca-se ter como teto máximo duas horas de duração da atividade.

Ao final da conversa é distribuída às presentes a cartilha do Projeto com todas as informações repassadas e como denunciar no Ministério Público, bem como um modelo para elaboração do plano de parto. É comum que as funcionárias da Unidade Básica de Saúde preparem um lanche para as gestantes e a equipe é convidada a participar. Muitas gestantes aproveitam o momento para tirar dúvidas individuais ou pegar o contato do Projeto para um atendimento individual para elaboração do plano de parto.

Tanto as gestantes quanto a equipe da UBS sempre agradecem de forma gentil. Para guardar de lembrança, fotografias são tiradas, e a maioria nos procuram para fazer o plano de parto, porque é mais uma forma de mostrar protagonismo, de ter conhecimento do que podem ou não fazerem. Assim, se tornando único o momento do nascimento de um vida.

Gratidão é a palavra certa que todos nós sentimos quando é realizada uma roda de conversa, porque é nesse momento que todo nosso conhecimento obtido em uma sala de aula é colocado em prática, fazendo o bem, evitando lembranças ruins, traumas psicológicas, e fazendo a gestante protagonista de seus direitos. (Yasmin Ferreira, bolsista do Projeto Nascer em Santarém)

As experiências das rodas de conversa são sempre tão ricas, que a informação que o Projeto Nascer em Santarém leva é recompensada com um aprendizado inestimável e a esperança de buscar coletivamente uma assistência às gestantes verdadeiramente humanizada.





4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o percurso do projeto e os resultados advindos das intervenções é possível compreender que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados. A Violência Obstétrica acabou por se apresentar como uma temática de interesse, não somente por parte das gestantes, mas de profissionais, docentes e discentes em Santarém.

Algumas dificuldades também podem ser destacadas, como a mobilidade da equipe do projeto para as Unidades Básicas de Saúde, localizadas em diferentes regiões da cidade ou dificuldade de acesso a materiais e equipamentos próprios do projeto. Todavia, foram superados a partir da articulação entre a equipe e setores da UFOPA.

Por fim, entende-se que o projeto Nascer em Santarém, tem se configurado como um elemento importante no processo de acesso à informação sobre os direitos das gestantes, bem como um dispositivo de fortalecimento para a garantia dos direitos das gestantes da cidade de Santarém. Não só o público-alvo do projeto tem sido impactado com suas ações, como também toda a equipe, uma vez que a oportunidade de crescimento profissional e formação na defesa dos direitos humanos é inestimável.





5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. P. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Anais do III Simpósio Gêneroe Políticas Públicas, 27 a 29 de maio, Florianópolis, 2014.

BRASIL. Congresso. Senado. Lei nº 11.108, de 2005. BRASIL. Congresso. Senado. Lei nº 8.069, de 1990.

DONELLI, T. M. S. **O Parto no Processo de Transição para a Maternidade**. 2003. Disponível: < <http://hdl.handle.net/10183/4122> >. Acesso em 17 de maio de 2019.

FORPROEX. *Política Nacional de Extensão Universitária*. Manaus, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 63. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2017.

_____. *Extensão ou Comunicação?* 10 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FURMANN, Ivan. *Assessoria Jurídica Universitária Popular: da utopia estudantil à ação política*. Monografia apresentada para obtenção do grau de bacharel em Direito. UFPR. Curitiba. 2003.

LIESTER, N.; RIESCO, M. L. G., 2013. **ASSISTÊNCIA AO PARTO: HISTÓRIA ORAL DE MULHERES QUE DERAM À LUZ NAS DÉCADAS DE 1940 A 1980**.

Florianópolis, mar. 2013. Texto Contexto Enferm. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/html/714/71425827024/>>. Acesso em 5 de março de 2020.

Parto do Princípio: Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa: “**Violência Obstétrica: Parirás com dor**”, 2012. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMLda Violência Contra as Mulheres.

Disponível em:

<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 4 de março de 2020.

TESSER, C. D., KNOBEL, R., ANDREZZO, H. F. A., DINIZ, S.G. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. 2015. Disponível em: < <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013/716> >. Acesso em 5 de março de 2020.



**AS PRODUÇÕES DE MATERIAIS AUDIOVISUAIS COMO UM MÉTODO DE
ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
EXPERIÊNCIAS NO ÂMBITO DO PROJETO NASCER EM SANTARÉM NO
ESTADO DO PARÁ**

ANÁLIA OLIVEIRA DE SOUZA oliveira.analia1@gmail.com¹;

BRUNA DA SILVA FERNANDES brunafernandes_stm@hotmail.com¹;

EMANUELE NASCIMENTO DE OLIVEIRA SACRAMENTO
emanuele_oliveira87@yahoo.com.br;²

RESUMO: O direito à informação apesar de estar, expressamente, previsto na Constituição Federal vigente, ainda sofre empecilhos para a sua promoção e efetivação. No que se refere às informações relativas à violência obstétrica, verifica-se a presença de um exacerbado tecnicismo na formação e atuação dos profissionais que prestam assistência ao parto. O que dificulta a discussão do tema com as gestantes, bem como a própria definição de seu conceito. Diante deste cenário, a produção de materiais audiovisuais acerca da violência obstétrica, aliada à sua ampla divulgação, representa uma iniciativa importante para o seu enfrentamento. Deste modo, o presente trabalho objetiva relatar a experiência das autoras na produção dos materiais audiovisuais sobre o assunto junto ao Projeto de Extensão e Pesquisa, intitulado “Direitos das Mulheres e Violência Obstétrica (Nascer em Santarém)”, vinculado à Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará - UFOPA, na cidade de Santarém/PA. Dentre tais materiais, destacam-se dois folders, um documentário e uma web série pensada e produzida durante a pandemia, que constituem ferramentas aptas a promover o acesso à informação.

PALAVRAS CHAVE: Produção Audiovisual. Enfrentamento. Violência Obstétrica.



1. INTRODUÇÃO

O combate à violência obstétrica tem ganhado destaque, tanto em escala nacional, quanto internacional. Porém, sua conceituação ainda se mostra desconhecida para a população mais simples. Qualifica-se, de forma sucinta, como todo o sofrimento imposto à mulher de modo a exceder a dor fisiológica do parto.

Embora graves violações dos direitos da gestante sejam noticiadas com bastante frequência em nosso cotidiano, assim como tem sido muito difundido o movimento pela “humanização do parto”, ainda há um desconhecimento acerca da temática pelo público alvo, qual seja, mulheres grávidas.

Sendo assim, tem-se que o direito de acesso à informação é um direito humano fundamental, uma vez que assim foi consagrado internacionalmente, bem como está disposto na Constituição Federal vigente. Ressalta-se, também, que a sua efetivação é de suma importância para a concretização da democracia – contexto em que foi consagrado como um

¹ Acadêmicas do curso de Bacharelado em Direito na Universidade Federal do Oeste do Pará, integrantes do projeto de Extensão e Pesquisa Direito das Mulheres e Violência Obstétrica (Nascer em Santarém).

² Docente/pesquisadora do curso de Bacharelado em Direito da Universidade Federal do Oeste do Pará.



direito humano – além de ser capaz de gerar impactos na ordem individual, de acordo com a natureza da informação prestada.

Frente à importância dessa garantia, cabe pontuar que essa “desinformação” decorre, em parte, devido à linguagem tecnicista empregada na formação e atuação dos profissionais que prestam assistência à gestante. O resultado disso é a quebra do canal de comunicação entre os referidos técnicos e os usuários dos serviços de saúde, especificamente, as gestantes que não têm acesso a informações sobre os corretos procedimentos e cuidados relativos à assistência aoparto a que têm direito.

Nesse sentido, o Projeto de Extensão e Pesquisa, intitulado “Direito das Mulheres e Violência Obstétrica (Nascer em Santarém)”, vinculado à Clínica de Direitos Humanos da UFOPA, tem empreendido esforços para a produção de instrumentos de informação acessível, direcionados às gestantes. Vislumbra-se, dessa forma, que o presente estudo se qualifica como um relato de experiência quanto às produções audiovisuais do projeto durante esses anos de atuação, e sua importância é atestada por meio da necessidade de documentar e publicizar os atos do projeto, visto que está inserido em uma Instituição Federal de Ensino Superior - IFES. Destaca-se, ademais, que o relato de experiência é um procedimento que pode contribuir para que essas ações possam ser desenvolvidas por outras instituições.

Assim, o objetivo deste trabalho é relatar o processo de elaboração dos materiais audiovisuais no âmbito do Projeto Nascer em Santarém e o contexto em que foram produzidos para exemplificar os meios que o projeto encontrou para fomentar o enfrentamento à violência obstétrica no município de Santarém/PA. O objeto de estudo consiste na descrição do processo de produção de dois folders, um curta metragem e uma web série pensada e produzida durante a pandemia para manter as ações do projeto, bem como os resultados obtidos por meio deles.

O trabalho está estruturado, primeiramente, com uma breve exposição teórica do que se trata o direito à informação. Em seguida, uma síntese do histórico do projeto e como surgiu o questionamento de tornar acessível a informação e por fim a descrição do desenvolvimento dos materiais audiovisuais, bem como o contexto em que foram criados e a participação da equipe para tanto, relacionando-os com a promoção do direito de acesso à informação da gestante.



2. METODOLOGIA

A proposta deste trabalho é trazer o relato de experiência da produção do material audiovisual do projeto “Nascer em Santarém”, utilizado como um meio de promoção do direito à informação da gestante e de enfrentamento à violência obstétrica. Assim, a metodologia empregada foi a de resgate de memórias das etapas percorridas para a construção desses materiais – elaborados desde o início das atividades do projeto, no ano de 2017, até o presentemomento.

No tópico inicial foi utilizada, predominantemente, pesquisa bibliográfica e documental com análise de legislações e textos referentes ao direito à informação. No restante do trabalho, utilizou-se pesquisa exploratória e levantamento de informações bibliográficas e documentais junto aos relatórios arquivados nas pastas do projeto, que culminaram na descrição das autoras sobre o processo de confecção dos materiais.



3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 O Direito à Informação no Contexto do Enfrentamento à Violência Obstétrica

Inicialmente, faz-se necessário tecer alguns esclarecimentos acerca do reconhecimento do direito à informação como um Direito Humano Fundamental e, conseqüentemente, a sua relevância no contexto do enfrentamento à violência obstétrica, especialmente, no que concerne ao acesso à informação em saúde.

A consagração desse direito se deu voltada, primeiramente, ao âmbito da concretização da democracia, uma vez que os órgãos públicos detinham informações de interesse coletivo que deveriam ser repassadas à população a fim de garantir o livre fluxo de dados para a efetivação da liberdade de expressão. (MENDEL, 2009)

Foi nessa perspectiva política que o direito de acesso à informação consagrou-se, internacionalmente, como um Direito Humano – artigo 19 da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 da ONU. Em relação a esse direito, Oliveira e Raminelli (2014) consideram que pode ser dividido em duas linhas: i) a de emitir e receber informações; e ii) a do dever de informar. Esta última linha pode ser atribuída tanto ao governo em relação aos órgãos públicos, quanto aos demais agentes que retêm elementos de assuntos relevantes ao interesse social.

Pode-se versar sobre essa garantia não só sob o aspecto político, visto que alguns agentes ou órgãos detêm dados informativos que abrangem, também, outros temas que impactam diretamente a ordem pessoal. Exemplo disso são as informações de cunho técnico relacionadas à gravidez, e a todo o processo parturitivo, desde o pré-natal até o puerpério.

O primeiro instrumento normativo a tratar de forma geral sobre o direito à informação no Brasil foi a Constituição Federal de 1988 em seu art. 5º, inciso XXXIII. Em relação a especificidade do direito de acesso à informação voltada à saúde, dispõem sobre o tema os seguintes documentos: a lei do Estado de São Paulo n. 10.241 de 1999, art. 2º, VI; e a Carta de Direito dos Usuários da Saúde (Portaria GM/MS 675 de 30 de março de 2006) que possui diretrizes específicas sobre o acesso à informação do usuário. (MOTA et. al., 2015).



Canela e Nascimento (2009) esclarecem que a sociedade moderna está embasada na estratificação do conhecimento, onde há uma crescente especialização dos profissionais de acordo com a área em que atuam, ocasionando a retenção do conhecimento por tais especialistas em detrimento do restante da população, que se torna dependente de seus esclarecimentos – dependência esta que gera empecilhos para a difusão das informações.

Todavia, no que tange à informação em saúde, particularmente quanto àquelas relativas à gestação, elucida-se que elas são cruciais para a participação ativa da mulher em sua gravidez no seu parto, visto que é um dos fundamentos para a tomada de decisão. Dessa forma, segundo a Política de Atenção Básica (PNAB) os valores éticos do profissionalismo exigem que o profissional de saúde forneça explicações para a gestante acerca de seu quadro de saúde, bem como sobre as alternativas de tratamentos e procedimentos, de modo a possibilitar a participação ativa da mulher no processo decisório. (MOTA et. al., 2015)

Assim, verifica-se a importância da criação de ferramentas que possibilitem a livre divulgação dessas informações especializadas, que a(o) cidadã(ão) comum não tem contato, como se depreende do seguinte excerto:

Institucionalizar instrumentos para o acesso a informações é a forma encontrada pelas democracias para impedir que os “porteiros da informação”, em um claro abuso de poder, desrespeitem um direito fundamental de todos os indivíduos, reconhecido e consagrado por diversos instrumentos internacionais de direitos humanos: o artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o artigo 19 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, o artigo 13 da Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos, o artigo 9 da Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos e o artigo 10 da Convenção Europeia (sic) sobre Direitos Humanos. (CANELA;NASCIMENTO, 2009, p. 10-11)



É importante destacar que o direito à informação, além de estar estritamente ligado à dignidade da pessoa humana, milita também a favor da proteção e do desenvolvimento da coletividade para a conquista de outros direitos. (CAVALCANTE et. al. 2014)

Observa-se que o direito de acesso à informação em saúde, no âmbito da assistência à gestação, enquadra-se nessa perspectiva de desenvolvimento dos usuários do sistema de saúde para a busca da efetivação de outros direitos. Sendo assim, após tomar conhecimento das possibilidades de tratamento de acordo com o seu quadro de saúde, a gestante passa a ter a possibilidade de buscar a efetivação do seu direito a um tratamento humanizado.

Desse modo, o presente estudo visa demonstrar a atuação do Projeto “Nascer em Santarém” como um difusor de informações necessárias para o enfrentamento à Violência Obstétrica no município de Santarém/PA, por meio de suas produções audiovisuais com foco na temática em questão. Abordando os passos percorridos pelo projeto desde o início de suas atividades, para descrever como surgiu a percepção de proporcionar o acesso à informação e o processo de confecção das principais produções dos materiais utilizados nas atividades.



3.2. Projeto de Extensão e Pesquisa Direito das Mulheres e Violência Obstétrica (Nascer em Santarém)

O projeto Direito das Mulheres e Violência Obstétrica exercia, a princípio, somente a extensão universitária, que deu início a suas atividades em abril de 2017. Está vinculado à Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará - CDH UFOPA, que é um dos 4 (quatro) laboratórios vinculados ao Curso de Bacharelado em Direito.

Foi criado por iniciativa da prof. Dra. Lidiane Leão e, a partir do mês de agosto de 2017, o projeto passou a ser coordenado pela Prof.^a Ms. Emanuele Sacramento, que permanece na coordenação até o presente momento. No decorrer do ano de 2018, criaram-se duas linhas de pesquisa com o intuito de se ter um recorte mais jurídico, passando o projeto a atuar, também, na área da pesquisa.

A equipe, no início de suas atividades em 2017, ainda não possuía experiência com a temática, então, passou-se no primeiro período – abril a outubro de 2017 – a desenvolver a formação e capacitação da equipe. Para isto, foram realizadas oficinas internas ministradas por profissionais da área da saúde (enfermeiras, psicólogas e fisioterapeutas), com temáticas relacionadas à extensão universitária e à saúde da mulher.

Nesse processo inicial, buscou-se, também, o estabelecimento de parcerias com as universidades e profissionais docentes dos cursos da área da saúde das instituições públicas e privadas da cidade, porém, tais medidas não obtiveram sucesso. Partindo desse pressuposto, compreendeu-se que as ações do projeto deveriam ser voltadas para os sujeitos diretamente atingidos pela violência obstétrica – às mulheres gestantes –, de modo a proporcionar o acesso à informação de forma mais compreensível e aproximada da sua realidade local.

Desde o princípio, um dos objetivos do projeto era produzir material gráfico para distribuição e divulgação das informações na cidade. Contudo, por falta de recursos da Universidade e de financiamento por parte de outros órgãos, optou-se por desenvolver um folder³, que estaria dentro das possibilidades, visto que a universidade possuía impressoras coloridas que poderiam ser utilizadas para este fim, surgindo, assim, em setembro de 2017 a primeira publicação do projeto, com as informações mais básicas.

³ “Folheto: documento impresso de tamanho reduzido que, composto somente por uma folha de papel, possui uma ou mais dobras, pode ser usado para apresentar informações gerais sobre algo ou para divulgar e publicitar um evento, um projeto.” - dicionário online de português.

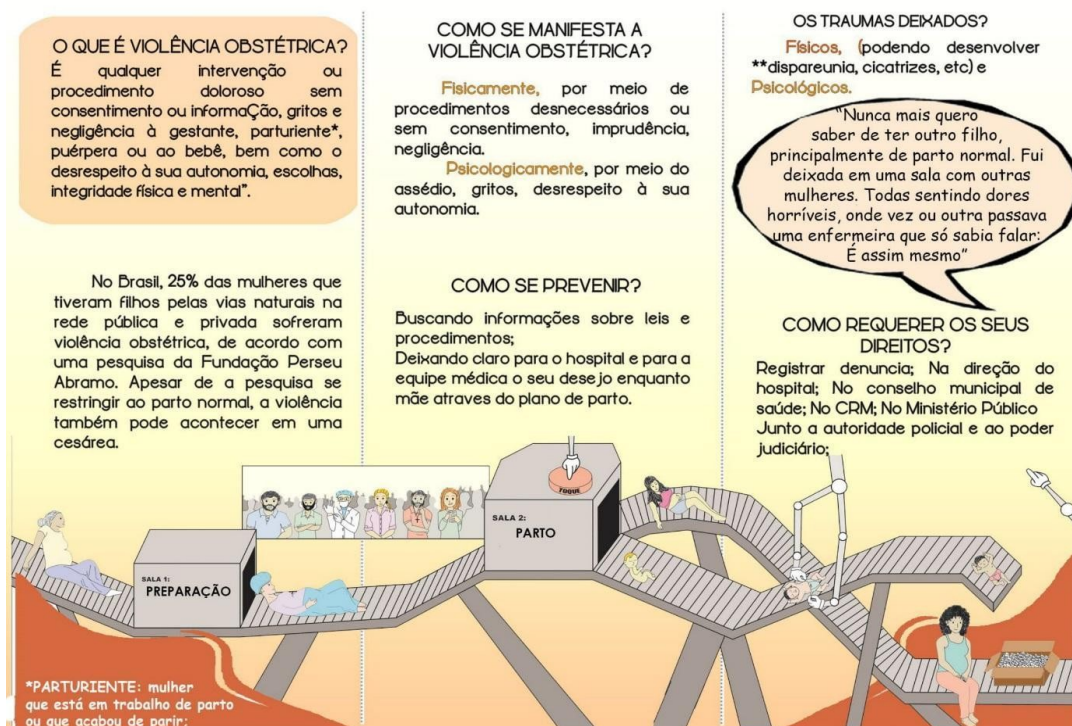


Figura 1 - Capa do primeiro folder informativo do projeto Nascer em Santarém



Fonte: Nascer em Santarém, 2017.

Figura 2 - Parte interna do primeiro folder informativo do projeto Nascer em Santarém



Fonte: Nascer em Santarém, 2017.



A partir da produção deste primeiro material a atuação do projeto passou a ser divulgada de forma mais objetiva, visto que o folder era distribuído em todas as atividades externas. O referido material foi bem aceito pelo público alvo, recebendo vários elogios quanto à mensagem que a imagem interna buscava passar - o tratamento desumanizado do parto a partir das cesáreas eletivas, em que a gestante é tratada como objeto nesse processo mecanizado.

Em setembro, foi realizada a primeira atividade externa do projeto, ainda na esfera da universidade, mas com a participação de outros interessados. Foi exibido o documentário Renascimento do Parto 1 e, a partir desse primeiro contato com a comunidade acadêmica no geral, obteve-se algumas percepções quanto ao público que teria acesso e quanto às mulheres que mais seriam afetadas. Ademais, surgiu o interesse de alguns profissionais da saúde em colaborar com as atividades do projeto de forma contínua, o que ocorreu depois desse evento.

Em meados de outubro, a partir da sugestão da Yasmin Barbosa – integrante do projeto acadêmica do curso de direito da UFOPA –, surgiu a iniciativa de realizar rodas de conversas com as gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros periféricos do município de Santarém/PA. Isto porque, o diálogo acadêmico demonstrou ser insuficiente para atingir as gestantes que mais carecem de informação.

Além disso, a mencionada acadêmica integra uma organização de mulheres da sociedade civil, chamada “Roda Família Gestante Moira”, que possibilita o compartilhamento de experiências e conhecimentos sobre gestação, parturição, maternidade e cuidados pessoais das mulheres, em que uma das atividades executadas pelo grupo compreende a realização de rodas de conversa. Por meio disso, buscou-se adaptar a referida metodologia de discussão para as atividades do projeto.

Dessa forma, a primeira roda de conversa foi realizada no dia 24/11/2017, que contou com a participação de 11 (onze) pessoas externas ao projeto, sendo, porém, apenas quatro gestantes. A atividade durou cerca de quatro horas em razão da extensão e da profundidade dos assuntos tratados, quais sejam, violência obstétrica, humanização do parto e plano de parto. A partir disso, o projeto viu a necessidade de abordar tais temáticas separadamente, o que possibilita a realização de mais de uma roda de conversa na mesma comunidade.



Nesta primeira roda participaram poucas gestantes, e a dinâmica funcionou de acordo com os seguintes passos⁴ (NAS CER EM SANTARÉM, 2017, Relatório 007):

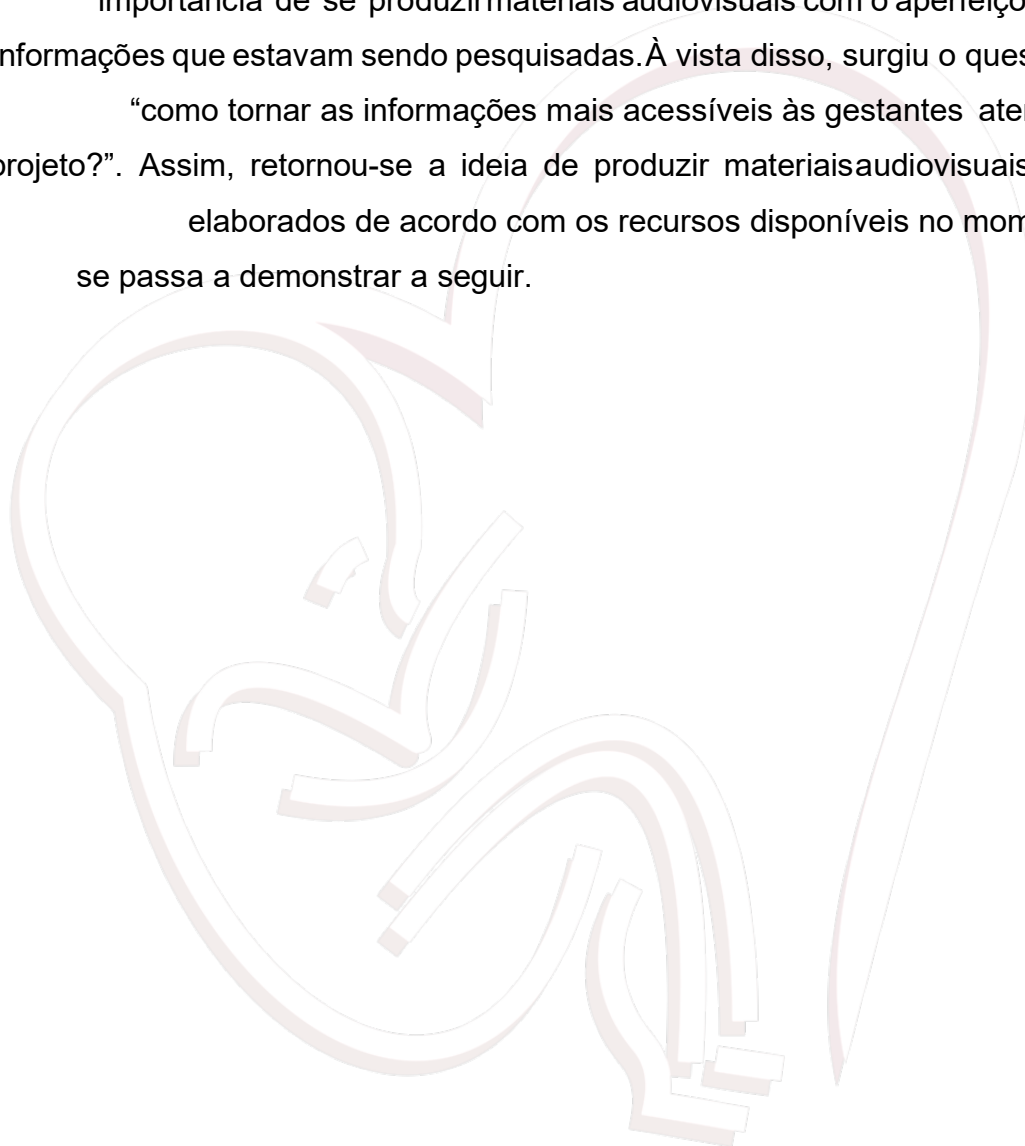
- 1) Houve uma dinâmica de apresentação, em que se fez uso do objeto da palavra, cujo objetivo é simbolizar, ou significar algo para o grupo em relação ao tema debatido, sendo passado a cada pessoa de modo a oportunizar o momento da fala e dar a oportunidade para os demais participantes ouvirem (ASSUMPÇÃO et al., 2010). Na atividade em questão, utilizou-se uma roupinha de bebê, que foi a roupa usada pela prof^a. Ms. Emanuele em seu batizado, quando criança.
- 2) A prof^a. Ms. Emanuele mostrou o objeto, explicou o que significava, apresentou-se falando sobre a sua relação com crianças, em seguida pediu que as outras pessoas fizessem o mesmo repassando o objeto da palavra. Passada às apresentações, foi possível ter uma breve noção da relação dessas mulheres com a maternidade e em que período gestacional estavam.
- 3) Deu-se seguimento à apresentação com o seguinte questionamento: “se seu parto fosse hoje, como você imagina que tudo aconteceria?”, e obteve-se mais uma rodada de respostas.
- 4) Em seguida, foi questionado se elas já haviam ouvido falar em violência obstétrica, tendo a resposta negativa, passou-se a exposição de alguns tópicos sobre os direitos das mulheres em receber assistência respeitosa no parto.
- 5) Foram apresentadas algumas imagens para que elas tentassem reconhecer quais eram caracterizadas como cenas de violência. Todas elas conseguiram identificar quais traziam desconforto, ou quais procedimentos não gostariam que fossem realizados em seus corpos. Prosseguiu-se com a exposição de conceitos básicos dos procedimentos e, ao fim, foi questionado se ficou mais claro de entender o que é violência obstétrica.

⁴ Mais detalhes da metodologia e da dinâmica que foram aprimoradas e são utilizadas atualmente nas rodas de conversa disponível no trabalho intitulado “Rodas de conversa nas unidades básicas de saúde de Santarém/PA como estratégia de debate sobre a violência obstétrica” (DUARTE; FERREIRA; SACRAMENTO, 2020), aprovado para apresentação no II Congresso Nascer Direito.



Após esta atividade, a equipe do projeto teve uma breve conversa, em que foi possível perceber a importância de aperfeiçoar as informações que estavam sendo pesquisadas, uma vez que havia demorado meses para absorver tanto conteúdo, mas ainda assim existiam déficits na maneira de transmiti-las.

Desse modo, por meio das atividades que foram sendo desenvolvidas pelo projeto nos meses seguintes – oficinas e rodas de conversa –, percebeu-se a importância de se produzir materiais audiovisuais com o aperfeiçoamento das informações que estavam sendo pesquisadas. À vista disso, surgiu o questionamento “como tornar as informações mais acessíveis às gestantes atendidas pelo projeto?”. Assim, retornou-se a ideia de produzir materiais audiovisuais, que foram elaborados de acordo com os recursos disponíveis no momento, como se passa a demonstrar a seguir.



3.3. Produção de Materiais Audiovisuais e o Acesso à Informação

A produção audiovisual é compreendida, tecnicamente, como qualquer meio de comunicação produzido a partir de elementos visuais. Todavia, também integram esta categoria os elementos sonoros, como voz, música, ruídos, etc. (MENDONÇA, 2018)

Como supramencionado, o direito à informação é um direito humano fundamental internacionalmente consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, porém proporcionar a efetivação deste direito representa um desafio e uma obrigação de todos os setores da sociedade.

Nota-se que o poder público, diversas vezes, realiza a produção de cartilhas e materiais audiovisuais para facilitar a compreensão do público em geral e promover campanhas. Exemplo disso é a Caderneta da gestante produzida pelo Ministério da Saúde, que contém, além das informações de exames e consultas médicas das gestantes, esclarecimentos sobre direitos das mulheres, dicas de cuidados, entre outros. (BRASIL, 2018, p. 2)

Entretanto, tais materiais mostram-se ineficientes quando não estão acessíveis a todos os públicos, seja por meio do acesso restrito, ou pela barreira imposta pela linguagem técnica. Nesse sentido, tendo como um aporte a caderneta da gestante, a linguagem simples dos relatos das mulheres e, as pesquisas do projeto, os materiais audiovisuais foram elaborados.

Como esclarecido acima, a primeira produção audiovisual do projeto teve uma ótima repercussão, porém, com o avanço das pesquisas, percebeu-se a necessidade de acrescentar mais informações, dado que o primeiro folder era pouco explicativo. Surgiu, então, a oportunidade para produção de um novo material a partir da parceria firmada com o Ministério Público do Estado do Pará – MPPA⁵.

Tal relação foi provocada pela inquietação do projeto diante dos vários relatos, durante as rodas de conversa, sobre a ocorrência de violência obstétrica com as gestantes. Esta parceria resultou na abertura de dois procedimentos administrativos, e mais três ações: i) A realização de dois seminários, o primeiro direcionado aos profissionais de saúde e o segundo às gestantes;

ii) Emissão de uma recomendação conjunta para os estabelecimentos de saúde; e iii) Produção de um folder direcionado às gestantes para lançamento no dia dos seminários. O presente artigo discorrerá apenas sobre o item iii.



3.3.1 Cartilha em parceria com o Ministério Público do Estado do Pará - MPPA

A provocação do MPPA pelo projeto se deu em virtude de vários relatos de violências que foram narradas pelas gestantes durante as atividades desenvolvidas entre dezembro/2017 e junho/2018. Relatos dos mais diversos, como o descumprimento da Lei do acompanhante, episiotomia desnecessária, falta de informação, maus tratos, entre outros, tanto em relação às más condutas de profissionais dos hospitais públicos da cidade, quanto das instituições de saúde particulares, dado a má qualidade da assistência prestada. Deste modo, a Promotoria de Justiça (PJ) em Saúde e a Promotoria de Justiça (PJ) do Direito do Consumidor foram provocadas.

Em reunião, no dia 16/07/2018, com a Promotora Lilian Braga, responsável pela PJ em Saúde, (que tem a função de acompanhar e fiscalizar o atendimento oferecido pelo SUS na região Oeste do Pará) foi apresentada a atuação do projeto junto às gestantes atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde visitadas, assim como os relatos de violência obstétrica vivenciados por elas.

A promotora informou que, de acordo com levantamento realizado pela PJ, havia sido registrado um elevado número de morte neonatal no primeiro semestre de 2017 – situação considerada por ela como preocupante. Ademais, foi relatado à promotora sobre a dificuldade da equipe do projeto em estabelecer contato com os profissionais de saúde, a fim de promover a discussão acerca do tema da violência obstétrica.

⁵ Mais detalhes dessa parceria estabelecida com o MPPA disponíveis no artigo “A atuação do Projeto Nascer em Santarém-PA no enfrentamento da Violência Obstétrica em Santarém: Parceria com o Ministério Público Estadual-PA” (LACERDA; SACRAMENTO; ALBUQUERQUE, 2020), aprovado no II Congresso Nascer Direito.



Dessa forma, a promotora Lilian propôs, inicialmente, como estratégia a confecção de uma cartilha⁶ contendo as principais práticas da violência em questão, direitos da gestante e a forma de realizar a denúncia junto ao órgão ministerial, visto que o projeto já havia um modelode folder (figura 1 e 2), porém deveria ser adaptado ao formato disponível para impressão pelagráfica conveniada ao MP, que é de uma folha A4 dobrada ao meio.

Sendo assim, foi proposto para a acadêmica Anália Oliveira – responsável por toda a parte gráfica do projeto – a reformulação da cartilha. Considerando as novas necessidades textuais da cartilha, decidiu-se propor um modelo totalmente novo, contendo apenas informações de texto.

Nesse sentido, observando que o foco das atividades é a mulher gestante, produziu-se a figura de uma mulher: a) “não branca” para se aproximar a imagem da maioria das mulheres da região; b) com as mãos segurando sua barriga, ato muito comum e involuntário que as mulheres fazem, enquanto gestantes; e, c) com o questionamento inicial “violência Obstétrica?”.

Elaborado com “design” simples e texto de autoria da Prof^a. Ms. Emanuele Sacramento, destacou as principais informações do conceito de violência obstétrica, com exemplos das condutas mais comuns, além do fluxograma de funcionamento das denúncias nas promotorias supracitadas perante o MPPA. A primeira edição teve uma tiragem de 600 (seiscentas) unidades e o lançamento do material ocorreu por meio dos seminários realizados no auditório do *parquet*, que ocorreram nos dias: 03/09/2018 – direcionado aos profissionais de saúde e, 10/09/2018 – direcionado aos usuários do serviço de saúde, tendo ambos uma mesa composta por profissionais de diversas áreas, para debater a temática em questão.

⁶ significado por extensão “tratado ou compilação com informação elementar”. “cartilha”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/cartilha>>. Acesso em: 01 set. 2020.



Esse material foi utilizado até outubro/2019, mesmo havendo a necessidade de correção, que foi percebida após a participação do projeto no I Congresso Nascem Direito em março/2019. Propôs-se, então, a produção de uma segunda edição do folder de modo a efetuar tal correção, bem como empregar uma linguagem mais simples e acessível, utilizando as próprias palavras das gestantes e a forma como elas se referiam aos procedimentos nas rodas de conversa, visto que ainda havia termos muito técnicos na primeira versão da cartilha.

Com um tempo mais extenso para reformular a segunda edição, foram atualizados os conceitos, simplificado o cronograma de como fazer denúncia no MPPA e adicionadas as informações assimiladas com o avanço dos estudos do projeto.

Destaca-se, ademais, que tal cartilha serviu como principal ferramenta de divulgação do projeto nos eventos, atendimentos individualizados bem como nas rodas de conversa. Seu novo modelo foi bem aceito pelas gestantes, posto que sua linguagem acessível e informativa esclareceu o modo de se realizar denúncia de violência obstétrica junto ao MP, uma vez que tais informações não são de ampla divulgação.

Figura 3 – Parte externa da cartilha

MPPA Passos para denúncia no Ministério Público:
 MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ Endereço: Av. Mendonça Furtado, 3837 - Bairro Liberdade, Santarém-PA

1º PASSO: Busca de Atendimento no Ministério Público
 Levar cópia dos documentos:
 - Documento de identificação (RG; CPF; CTPS ou outro)
 - Comprovante de Residência
 - Caderneta da Gestante (se houver)
 - Prontuário médico (a ser solicitado na saída do hospital)
 - Demais documentos obtidos no Hospital
 - Cartão do SUS (caso seja pelo SUS)

2º PASSO: Chegada na Recepção
 Identifique-se e solicite atendimento. Caso o parto tenha sido pelo SUS, solicite atendimento na 8ª Promotoria de Justiça. Caso o parto tenha sido particular, solicite atendimento na 10ª Promotoria de Justiça.

3º PASSO: Ação do Ministério Público
 O promotor de Justiça tentará atender o caso sem processo judicial.

- Se o caso for atendido - será ARQUIVADO
- Se o Caso não for atendido sem necessidade de processo judicial
 - Quando possível será iniciado o inquérito policial.
 - Quando possível será dada entrada com a ação Judicial.
 - Quando possível continuidade das ações fora do judiciário.

A 8ª Promotoria de Justiça de Santarém acompanha e fiscaliza o atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde-SUS. Dessa forma, trabalha a regularidade, necessidade e execução dos convênios e contratos firmados entre o SUS e as entidades sem fins lucrativos e filantrópicas, além daquelas entidades de iniciativa privada e profissionais liberais voltados a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A 10ª Promotoria de Justiça de Santarém atua como fiscalizadora da propaganda, da prestação de serviços dos planos de saúde particulares e de profissionais liberais, fomentando a defesa do consumidor ante a prática e cláusulas contratuais abusivas, bem como seu descumprimento.

Produzido e concebido por Anália Oliveira de Souza, Texto de Emanuele Sacramento; Resultado das pesquisas e estudos em âmbito do projeto de Extensão e Pesquisa Direito das Mulheres e Violência Obstétrica (Nascem em Santarém).

Realização: CLÍNICA DE DIREITOS HUMANOS, Nascem em Santarém

Apoio: UFOPA, PROCCE, MPPA MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ

Violência Obstétrica?

Fonte: Nascem Em Santarém, 2019.



Figura 4 - Parte interior da cartilha

VOCÊ JÁ OUVIU FALAR EM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?
A violência obstétrica é a violência cometida contra a mulher grávida em instituições de saúde, no decorrer do pré-natal, durante o parto ou após o parto. Pode acontecer através de maus tratos, falas agressivas, procedimentos desnecessários ou feitos sem autorização da mulher. A violência provoca uma dor além do que é natural no parto e deixa traumas na mulher que é vítima.

COMO IDENTIFICAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?
Alguns exemplos bastante comuns de violência obstétrica são:

- Xingamentos ou falas agressivas;
- Falta de informação sobre os procedimentos que estão sendo realizados;
- Realizar procedimentos sem a autorização da mulher;
- Negar o direito ao acompanhante ou exigir que o acompanhante seja exclusivamente mulher;
- Uso desnecessário ou inadequado de diversos procedimentos, como:
 - Empurrar a barriga (manobra de Kristeller);
 - O corte (Episiotomia);
 - Estourar a bolsa (amniotomia);
 - Raspagem dos pelos pubianos (Triconomia);
 - Forçar a mulher a ficar na posição deitada para parir (Litotomia);
 - Soro para acelerar o parto (ocitocina rotineira);
- Lavagem intestinal (Enema);
 - Jejum absoluto (proibir a mulher de comer e beber água)
 - Cesárea sem indicação;
 - Toque vaginal (de maneira excessiva, dolorosa e, às vezes sem aceitação da mulher).

QUAIS SÃO SEUS DIREITOS?
Temos aqui uma lista com os principais direitos das gestantes:

Direito ao plano de parto: é um documento em que a gestante expõe os seus desejos para a hora do parto, ou seja, os procedimentos que ela quer que sejam ou não realizados no seu corpo. É recomendado pela Organização Mundial da Saúde e Portaria 353/2017 do Ministério da Saúde (item 12).

Direito ao acompanhante: Lei 11.108/2005 (lei do acompanhante) e Portaria 2418/200 do Ministério da Saúde. Toda Gestante tem o direito a manter consigo acompanhante de sua escolha, independente do sexo, durante todo o período do trabalho de parto, momento do parto e pós parto imediato.

Direito ao atendimento digno e de qualidade: Portaria 569/2000 do Ministério da Saúde: dispõe sobre humanização no pré-natal e nascimento, definindo que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério.

Direito ao parto normal informado: Portaria 353/2017 do Ministério da Saúde: dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Dentre as diversas recomendações, destaca-se o envolvimento da gestante nas decisões, informando sobre todos os procedimentos, inclusive aguarde a evolução natural do parto, evitando o uso de intervenções desnecessárias.

Direito à cesariana quando necessário: Portaria 306/2016 do Ministério da Saúde: dispõe sobre as Diretrizes de Atenção à gestante: a operação cesariana.

É DIREITO DE TODA PESSOA RECEBER CÓPIA DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO SEM RAZURAS.

COMO DENUNCIAR?

- Passo 1: Reunir documentos da gestante (cartão da gestante, prontuário médico, partograma, RG, CPF - Tirar cópia de tudo);
- Passo 2: Locais que podem receber denúncias de violência obstétrica: Delegacia (registrar Boletim de Ocorrência); Ministério Público; Secretaria de Saúde de Santarém; Conselho dos profissionais (CFM, COREN, etc);
- Passo 3: Providências que podem ser tomadas, além da denúncia: entrar com ação judicial contra o Estado ou contra os profissionais que cometeram a violência. Pode Procurar a Defensoria Pública do Estado, Núcleos de Prática jurídica das Universidades ou contratar advogado particular.

Fonte: Nascer em Santarém, 2019.

3.3.2. Produção de curta metragem

A iniciativa de concentrar as ações do projeto nos sujeitos diretamente atingidos pela violência obstétrica – mulheres gestantes – provocou, em pouco tempo, uma visibilidade em âmbito local, sendo, inclusive, o projeto objeto de várias reportagens da TV regional ao longo desses anos de atividades desempenhadas.



Tabela 1 - Levantamento das Reportagens TV Tapajós – Oeste do Pará

Data	Título da Reportagem	Link de Acesso
02 abr. 2018	Grupo de mulheres reforçam o movimento pelo parto humanizado em Santarém.	< ">http://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/jornal-tapajos-1edicao/videos/t/edicoes/v/grupos-de-mulheres-reforcam-o-movimento-pelo-parto-humanizado-em-santarem/6629664/#>
24 jul. 2018	Saiba mais sobre o Plano de Parto, um direito de todas as grávidas.	< ">http://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/videos/t/todos-os-videos/v/saiba-mais-sobre-o-plano-de-parto-um-direito-de-todas-as-gravidas/6895214/>
03 set. 2018	Seminário aborda violência obstétrica no Ministério Público de Santarém.	< ">http://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/jornal-tapajos-2edicao/videos/t/edicoes/v/seminario-aborda-violencia-obstetrica-no-ministerio-publico-de-santarem/6994710/>
10 set. 2018	Direito ao Parto Humanizado é tema de seminário no Ministério Público do Estado.	< ">http://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/jornal-tapajos-1edicao/videos/t/edicoes/v/direito-ao-parto-humanizado-e-tema-de-seminario-no-ministerio-publico-do-estado/7008761/>
20 dez. 2018	Futuras mães recebem orientações sobre o parto humanizado em Santarém.	< ">http://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/videos/t/todos-os-videos/v/futuras-mamaes-recebem-orientacoes-sobre-o-parto-humanizado-em-santarem/7247022/>
20 dez. 2018	Hora do Parto: conhecer os direitos pode evitar a violência obstétrica.	< ">http://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/bom-dia-santarem/videos/t/edicoes/v/hora-do-parto-conhecer-os-direitos-pode-evitar-a-violencia-obstetrica/7246812/>
01 jun. 2019	Gestantes recebem orientações sobre violência obstétrica na UBS Conquista.	< ">http://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/jornal-tapajos-1edicao/videos/v/gestantes-recebem-orientacoes-sobre-violencia-obstetrica-na-ubs-conquista/7661028/>

Fonte: Elaborada pelos autores com base em pesquisa no Banco de dados dos vídeos da TV Tapajós afiliada da Rede Globo.

Essa visibilidade, aliada à percepção adquirida no I Congresso Nascer Direito de que o projeto constituiria uma iniciativa única em âmbito universitário das ciências jurídicas, alimentou a idealização de se produzir um curta metragem ou documentário a fim de divulgar as ações do projeto no enfrentamento à violência obstétrica no município de Santarém-PA.

A oportunidade surgiu com o auxílio que o projeto recebeu em decorrência do edital 009/2018 da Pró-Reitora de Cultura, Comunidade e Extensão Universitária da UFOPA, que disponibilizou recursos para fomento a programas e projetos de extensão da universidade para gastos com itens de materiais de consumo. Assim, pensou-se quais itens seriam necessários ao projeto, e que se enquadravam na categoria permitida, e o curta metragem teve sua importância destacada.

O primeiro obstáculo enfrentado resumiu-se em pesquisar orçamentos e encontrar empresas ou profissionais que pudessem desenvolver o trabalho, considerando o baixo orçamento. Feito o levantamento dos profissionais, foi fechado contato com a Luminus Fotografia, na pessoa do Naum Almeida, fotógrafo, e já na



primeira reunião tivemos resultados positivos.

No dia 02/10/2019 ocorreu a primeira reunião, presentes o Naum e a Anália houve uma breve apresentação do projeto e das atividades realizadas, enfatizando a importância social do projeto e o baixo orçamento para realizar a atividade. A empresa aceitou a proposta devido ao cunho social e relevância das atividades realizadas na região. Nesse encontro, definiu-se, ainda, que a empresa faria a gravação e a edição e a equipe do projeto deveria montar um roteiro para guiar as filmagens. Houve as definições de 5 a 8 minutos de vídeo, com 3 a 4 dias com 4 horas de filmagens cada dia, e as datas de gravações entre 15/11 e 15/12 de 2019.

Apresentada a proposta para o restante da equipe do projeto, foram distribuídas tarefas e passou-se a pesquisa de como deveria ser feito um roteiro para essa filmagem. A partir de uma pesquisa feita nas plataformas de busca do Google.com e Youtube, com os termos de busca “como produzir um roteiro de documentário?”; “como fazer um roteiro de curta metragem?”, encontrou-se o método, que adaptado, melhor se aproximaria da dinâmica colaborativa do projeto.

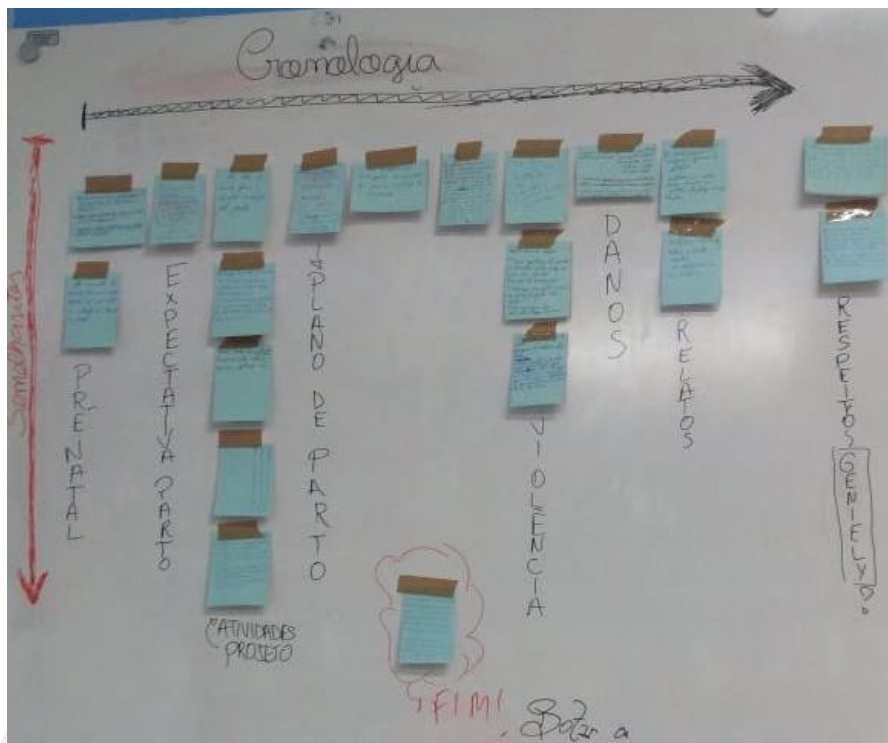
O método consistia em anotar em blocos de notas ou fichas separadas ideias do que o diretor gostaria de colocar no vídeo e o que ele gostaria de colocar no áudio. (ERICHSEN, 2013). Esse método foi adaptado para ser feito de forma colaborativa, a partir da realização de uma oficina com os integrantes do projeto.

A dinâmica consistiu em distribuir fichas para os integrantes do projeto, que deveriam escrever nessas fichas o que achavam importante e gostariam de ver/ouvir no documentário produzido pelo nosso projeto. Eles deveriam descrever as ideias nas fichas de papel da seguinte forma: a) em uma ficha deveriam descrever as imagens, e, b) em outra ficha, deveriam descrever com detalhes o áudio como, por exemplo, em uma cena a imagem de uma gestante em um balanço e no áudio a fala dela sobre as expectativas para o parto.

Posteriormente, essas fichas foram organizadas uma ordem lógica das ideias, conforme figura 5, para produzir a partir desses tópicos uma minuta de roteiro para direcionar o projeto de audiovisual.



Figura 5 - Quadro com as fichas organizadas



Fonte: Arquivo pessoal.

Depois de organizados, a minuta ficou com 12 tópicos iniciais:

1. Falas de violência –
2. O que é Violência Obstétrica?
3. Assistência ao parto em Santarém: pré natal desde as unidades básicas, perpassando pela admissão no hospital, fluxo de leitos no municipal.
4. Falas de Gestantes - expectativa para o parto, como o parto foi planejado, experiência de vida.
5. Atividades realizadas pelo projeto.
6. Atendimento individualizado para confecção do plano de parto - o que é; detalhamento da atividade; Direito; Forma de agendamento; imagem de um atendimento sendo realizado.
7. Relatos das gestantes atendidas pelo projeto após o parto.
8. Legislações pertinentes/ direitos.
9. Dados sobre violência Obstétrica.
10. Traumas.
11. Forma de denúncia.



12.O outro lado da moeda - Parto humanizado (respeito aos direitos)

Em uma segunda reunião, realizada no dia 23/10/2019, para apresentar o roteiro a equipe de gravações, decidiu-se juntar alguns desses tópicos afins, e as tarefas foram distribuídas para que a equipe do projeto aprofundasse as pesquisas.

Com a estrutura de roteiro finalizada, o cronograma de filmagens teve que ser dividido em duas etapas em virtude de alguns contatos serem mais demorados. Desse modo, foram iniciadas as filmagens no dia 11 de dezembro de 2019 com as falas de gestante encenadas pelas integrantes do projeto e depoimentos de integrantes que sofreram violência obstétrica e dia 12 de dezembro em uma roda de conversa em uma unidade Básica de Saúde do bairro do Maicá (bairro periférico da cidade) onde gravamos nossas atividades e fizemos entrevistas com a gestora da unidade e com gestantes que estavam sendo acompanhadas no pré natal.

Por ser final do semestre letivo, o retorno das gravações ficou marcado para voltar junto com as atividades do projeto em 2020. Estabelecidas para serem terminadas em meados de março, as gravações foram suspensas em virtude da pandemia provocada pelo COVID-19, que nos alcançou no meio do processo de finalização. Deste modo, restam-se pendentes entrevistas com profissionais da área da saúde locais e com gestantes que realizaram a confecção do plano de parto com a equipe, bem como levantamento regional de dados sobre a mortalidade maternofetal.

O principal objetivo deste projeto audiovisual é representar um método de ensino e sensibilização através da apresentação de imagens e depoimentos de pessoas que passaram por traumas semelhantes e de pessoas que se preveniram desses traumas. A referida produção audiovisual ainda não tem previsão para término de gravações, porque depende da normalização das atividades que se encontram retidas em virtude do Covid-19, porém, ao final será realizado um evento de lançamento e divulgação nos mais diversos meios digitais.



3.3.3. *Web série “As marcas invisíveis da violência obstétrica: Defina, Reconheça e Denuncie!”*

Como supracitado, as duas principais atividades, de cunho extensionista, que estavam sendo desenvolvidas pelo Projeto Nascer em Santarém consistem: 1) na realização de rodas de conversa junto às gestantes das Unidades Básicas de Saúde do município de Santarém-PA; e 2) atendimento de orientação para elaboração de plano de parto.

Ocorre que, tanto a primeira ação quanto a segunda exigem o contato direto da equipe com as gestantes, o que passou a ser proibido em virtude do cenário da pandemia do novo Coronavírus, instaurado no ano de 2020.

Desse modo, com as atividades presenciais da UFOPA suspensas desde 23/03/2020, a equipe do projeto passou a planejar um meio de continuar a orientar e desenvolver as suas atividades de modo remoto. Assim, surgiu a proposta no dia 10/04/2020 de lançar uma série de vídeos curtos com as principais orientações que já eram dadas de modo presencial.

A mini série foi intitulada de “As marcas invisíveis da violência obstétrica: Defina, Reconheça e Denuncie!”, e contou com a seguinte estrutura de episódios:



Tabela 2 - Episódios da mini série

Título do Episódio	Objetivo	Integrantes do projeto responsáveis pelo roteiro e gravação do vídeo	Data da postagem
Ep. 01 - Introdução e conceito de violência obstétrica	Contextualizar o projeto e suas ações na região; apresentar a web série; introduzir o conceito de V.O.	Anália Oliveira	14/05/2020
Ep. 02 - Quais as condutas mais comuns de V.O.?	Informar quais condutas e procedimentos mais comuns que se caracterizam como V. O.	Vanusa Marques; edição Anália Oliveira	20/05/2020
Ep. 03 - Direitos das gestantes	Esclarecer os principais direitos das gestantes de modo geral, dando enfoque, também, a particularidade da situação de tais direitos durante a pandemia.	Lara Duarte; edição Anália Oliveira	04/06/2020
Ep. 04 - Plano de Parto.	Explicar o que é o plano de parto, bem como sedá a sua elaboração e protocolização na maternidade/hospital.	Bruna Fernandes; Yasmin Ferreira; edição Anália Oliveira	10/06/2020
Ep. 05 - Como se prevenir e denunciar a violência obstétrica?	Reforçar de forma mais objetiva as ações que podem ser tomadas para prevenção; descrever qual o procedimento para denúncia, incluindo órgão e documentos necessários.	Laura Meireles; edição Matheus Franco	28/06/2020
Ep. 06 - Parto Humanizado	Elucidar o movimento do parto humanizado, seus principais objetivos, que são a busca de práticas mais naturais com o mínimo de intervenções, seguindo parâmetros de respeito e cuidado para com a gestante	Andreza Leão; Laura Meireles; edição Anália Oliveira	08/07/2020

Fonte: Elaborada pelas autoras



Sendo assim, em cada episódio foram produzidos dois vídeos, um mais longo para as mídias sociais, quais sejam, IGTV no Instagram, Canal do YouTube Clínica de Direitos Humanos da UFOPA e página do Facebook de mesmo nome, com no máximo 10 minutos de duração, onde o conteúdo poderia ser um pouco mais aprofundado. O outro vídeo, por sua vez, era mais curto, com no máximo 3 minutos de duração, para ser compartilhado no aplicativo de mensagem WhatsApp.

Isto porque, em reuniões remotas da equipe, chegou-se à conclusão de que muitas gestantes poderiam não ter acesso a planos de internet para assistir nas demais redes sociais, pois muitas delas poderiam ter apenas acesso ilimitado ao WhatsApp.

A mesma preocupação tida a respeito da linguagem acessível dos outros materiais foi observada nessa sequência de vídeos. Desse modo, os vídeos embasaram e continuam embasando os atendimentos remotos, em que são indicados às gestantes como ponto de partida.

Os atendimentos remotos estão sendo, predominantemente, realizados para orientações gerais e “tirar dúvidas”. Grande parte das gestantes chegam com a demanda do plano de parto, pelo fato desse atendimento já ser ofertado pelo projeto e ter tido uma significativa divulgação (tabela 1). Nesse contexto, são esclarecidas as dúvidas, feita a indicação dos vídeos, e são encaminhadas a cartilha e uma cópia do modelo de plano de parto utilizado pelo projeto.

Esse canal de comunicação permanece aberto para que as gestantes possam contar com nossa equipe para esclarecer as dúvidas, tanto pelo *direct*,⁷ quanto pelo e-mail oficial do projeto

<nasceremsantarem@gmail.com>. Sendo assim, verifica-se a relevância de tais vídeos, assim como a da cartilha para estabelecer esse contato com as gestantes durante a pandemia, além de facilitar o trabalho da equipe no atendimento.



4. CONCLUSÃO

A informação é um direito humano fundamental. Isto porque, está consagrado internacionalmente como tal e expressamente previsto na Constituição Federal vigente. Tal direito, no que diz respeito aos procedimentos e limites da atuação médica, atua como mecanismo de precaução às práticas violentas.

Verifica-se, desse modo, que as produções de materiais audiovisuais constituem uma ferramenta utilizada pelo governo para produzir campanhas e promover o acesso à informação. Para além disso, tais ferramentas ativas de ensino podem, também, ser utilizadas para promover o acesso à informação no que diz respeito à temática da violência obstétrica e os direitos das gestantes, sendo, consequentemente, uma forma de enfrentamento à violência obstétrica.

Como observado empiricamente pela atuação do projeto, as gestantes que possuem informação e que chegam no hospital com o plano de parto, são tratadas de forma diferente das demais que não tiveram esse aporte de informações.

Assim, atesta-se que o papel da universidade, bem como o do projeto, que tem o objetivo central da educação popular em direitos humanos, é traduzir as informações técnicas e adaptá-las à realidade das mulheres que mais são violentadas e um dos meios encontrados para perpetuar essas informações é a produção de materiais audiovisuais, dentre eles os elencados neste trabalho.

⁷ caixa de diálogo da rede social Instagram, disponível na conta @cdh.ufopaoficial.



5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta da Gestante**. 4. ed. Brasília, DF, 2018.

CANELA, Guilherme; NASCIMENTO, Solano. **ACESSO À INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**. Brasília, DF: Andi, 2009.

DO PRINCÍPIO, REDE PARTO. Violência obstétrica: “parirás com dor”. **DOSSIÊ ELABORADO PELA REDE PARTO DO PRINCÍPIO PARA A CPMI DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES**. Brasília, 2012.

ERICHSEN, Raphael. **Como produzir um roteiro de documentário?**. 2013. Youtube: Canal Énois Agência de Jornalismo. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=lafP3i00UBk>>. Acesso em: 11 out. 2019, 17:35:00.

MENDEL, Toby. **LIBERDADE DE INFORMAÇÃO: UM ESTUDO DE DIREITO COMPARADO**. Unesco, 2009.

MENDONÇA, Bruno. **Produção Audiovisual: tudo o que você precisa saber sobre a área**. [S.L]: 2018. Disponível em: <<https://www.edools.com/audiovisual/>>. Acesso em: 10 fev. 2020, 11:30:25.

ASSUMPÇÃO et al. **Práticas restaurativas na comunidade escolar**. 1º Encontro sobre Mediação Escolar e Comunitária. Serra Negra, SP: 2010. Disponível em: <<http://arquivo.fde.sp.gov.br/fde.portal/PermanentFile/File/Oficina%20-%20Pr%C3%A1ticas%20restaurativas%20na%20comunidade%20escolar%20-%20Equipe%20Justi%C3%A7a%20em%20C%C3%ADrculo%20do%20Mediativa.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2020, 10:50:15.

NASCER EM SANTARÉM. 1º folder - nascer.pdf. 2017. 798 kb. Formato PDF. Disponível em: <<https://drive.google.com/open?id=1BBiAPthe7rCnfRU1o--LeuTqOulZMA8Y>>. Acesso em: 10 fev. 2020, 09:00:00.

NASCER EM SANTARÉM. Folder MPPA. 2018. Disponível em: <<https://drive.google.com/open?id=1BBiAPthe7rCnfRU1o--LeuTqOulZMA8Y>>. Acesso em: 10 fev. 2020, 09:00:00.

MENDONÇA, Bruno. **Produção Audiovisual: tudo o que você precisa saber sobre a área**. [S.L]: 2018. Disponível em: <<https://www.edools.com/audiovisual/>>. Acesso em 10 fev. 2020, 11:30:25.





Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM CAMPO GRANDE - MS: UMA ANÁLISE SOBRE AVIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER DURANTE A ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

CAMPO GRANDE-MS

2019



Congresso Nascer Direito – Todos os Direitos Reservados

LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM CAMPO GRANDE - MS: UMA ANÁLISE SOBRE A
VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER DURANTE A
ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: MSc. Welington Oliveira de Souza dos Anjos Costa.

Coorientadora: Adv^a. Laura Gonçalves Cardoso.

CAMPO GRANDE-MS

2019





Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ATA DA BANCA EXAMINADORA - FADIR
(não preencher por digitação; apenas imprimir)

Aos 12 dias do mês de Julho de 20 17, às 19:30 horas, reuniram-se nas dependências do Campus Campo Grande, MS, os membros da Banca Examinadora para defesa da monografia intitulada "História-Obstétrica uma análise sobre a evolução de técnicas fundamentais de mulher durante a assistência ao parto e pós-parto imediato".

escrita pelo(a) candidato(a) Larissa dos Santos Cavalcanti sob orientação do Prof(a)

Wenderson Oliveira de Souza dos Anjos Costa

Após os procedimentos de apresentação oral e arguição, foi atribuída a seguinte nota:

	Arguidor	Arguidor	Arguidor	Arguidor*
Adequada pesquisa sobre o tema (até 2,5)	2,5	2,5	2,5	2,5
Exposição oral inicial (introdução, desenvolvimento e finalização) (até 2,5)	2,5	2,5	2,5	2,5
Correção nas respostas dadas aos examinadores (até 2,5)	2,5	2,5	2,5	2,5
Correção gramatical e de formatação (até 2,5)	2,5	2,5	2,5	2,5
Soma da nota de cada examinador	10,0	10,0	10,0	10,0

*Quando há coorientador todos os quatro devem avaliar.

Média final total: 10,0

(média por extenso dez).

Terminadas as considerações, o presidente- orientador encerrou a sessão, sendo lavrada presente ata em seis vias que seguem assinadas pelos membros e pelo acadêmico (uma via do orientando, quatro vias dos examinadores e uma via que deve ser entregue pelo acadêmico para o docente da disciplina TCC II, como requisito para lançamento da nota no siscad).

Assinatura [assinatura] Nome do presidente da Banca por extenso Wenderson Oliveira de Souza dos Anjos Costa

Assinatura [assinatura] Nome do coorientador por extenso sem abreviação (se houver) Laura Genesive Lando

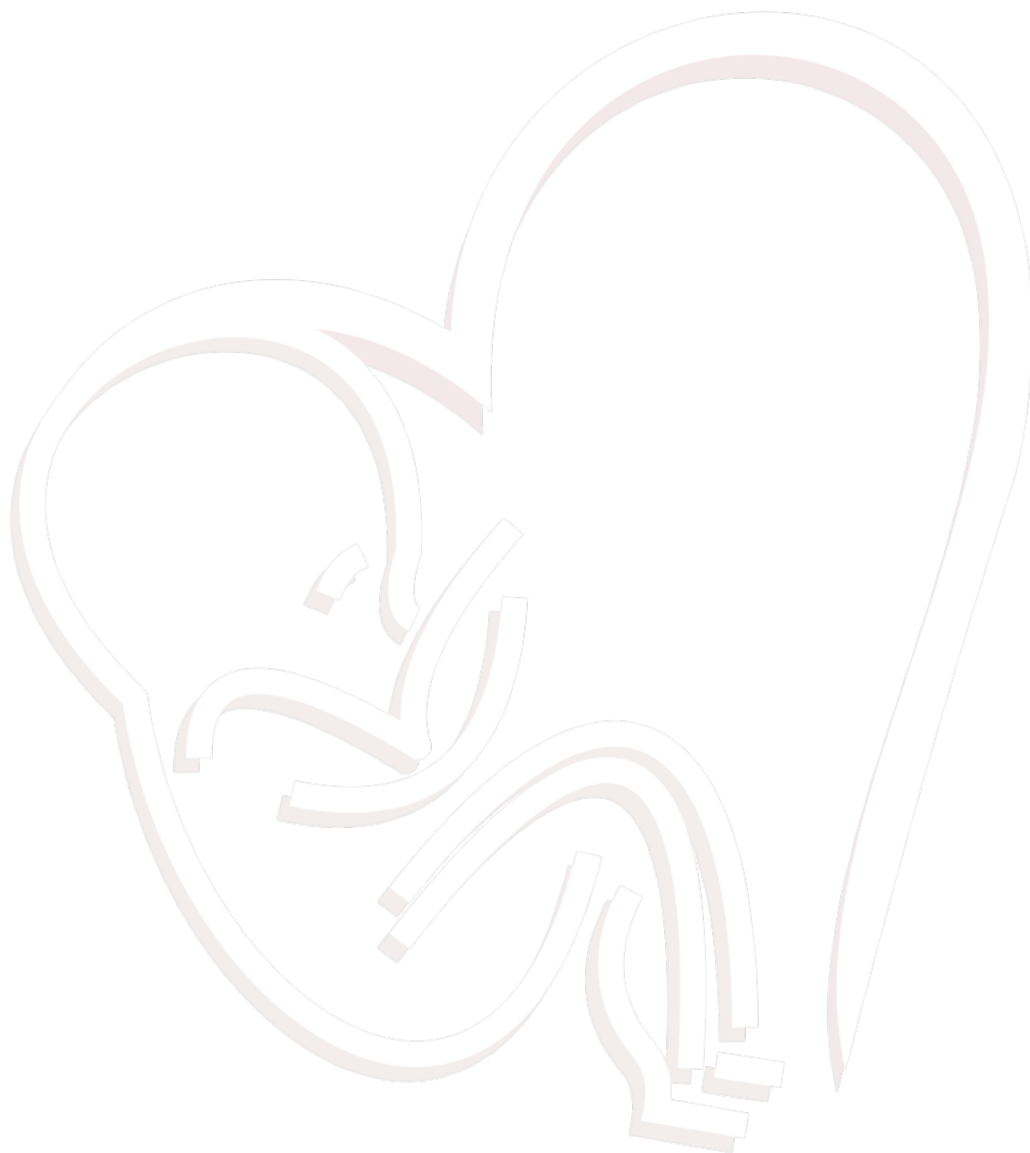
Assinatura [assinatura] Nome do examinador por extenso sem abreviação YVES DA SILVA FELIX

Assinatura [assinatura] Nome do examinador por extenso sem abreviação Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento

Assinatura [assinatura] Assinatura do acadêmico



*A todas as mulheres que sofreram violência obstétrica,
mas não puderam expressar sua dor. Que esse trabalho
possa dar-lhes
um pouco de voz.*



AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente pela vida, e por ter me dado força para concluir mais uma graduação, mesmo diante de todos os percalços.

Ao meu esposo, Johnny Arruda, que mesmo não concordando com as minhas escolhas sobre a metodologia deste trabalho (devido à dificuldade para executá-lo), me apoiou em todos os momentos. Participou ativamente de cada etapa da construção desta monografia, lendo e me dando sugestões para melhorar. Obrigada pela paciência e por ser meu melhor amigo e parceiro.

À minha mãe, pela minha vida, por ser tão dedicada a seus filhos e, mesmo não concordando com os meus ideais sobre o parto, me ouviu e entendeu a importância do tema.

Ao meu pai, pela minha vida, por ser tão amoroso e por se importar tanto com a minha pesquisa, sempre querendo saber “o que mais eu tinha pra falar sobre parto”, me estimulando a divulgar o tema para mais pessoas.

Ao Prof. MSc. Welington Costa, orientador desta monografia, pelos conhecimentos transmitidos, pela confiança em meu trabalho e pela ajuda em todas as etapas da realização desta pesquisa.

À Advogada Laura Cardoso, coorientadora deste trabalho, que aceitou assumir essa função nos últimos meses restantes para elaboração da monografia, me auxiliando de maneira ímpar com suas sugestões.

Aos meus irmãos, Juliana, Rafael e Gabriel Cavaretto, por todo amor e carinho. Agradeço especialmente à minha irmã, por ter realizado correções gramaticais e ortográficas deste trabalho. Pom, obrigada pela paciência e por ter se disponibilizado em fazer as correções em tão pouco tempo.



A todos os meus familiares, especialmente à minha sogra Tite, à Gleice e à Lara, que entenderam meus momentos de ausência devido às demandas dessa última etapa do curso.

Ao Prof. MSc. Jodascil Gonçalves Lopes, pelo tempo que ficou como meu coorientador e pelas dicas sobre a metodologia do trabalho.

À Gerência de Educação Permanente e à Coordenadoria da Rede de Atenção Básica da SESAU por autorizarem a realização da coleta de dados nas Unidades de Saúde Pública do município de Campo Grande – MS.

Aos gerentes das Unidades Públicas de Saúde UBS Tiradentes, UBS Coronel Antonino, UBS Caiçara, UBSF Aero Rancho IV e UBSF Jardim Botafogo por autorizarem a coleta de dados nesses locais. Agradeço também às enfermeiras Nélida Dias, Lara Ramos e Renata pelas informações sobre o funcionamento das Unidades e por intermediar a conversa com as gerentes.

À psicóloga Deisy Helloise de Macedo Penze, por ter se disponibilizado a realizar atendimento psicológico às participantes da pesquisa.

Prof^a. Dr^a. Sonia Maria Fernandes Fitts, orientadora da minha dissertação de mestrado, que me ensinou a ter paixão pela pesquisa e, graças a esse conhecimento prévio, pude construir essa monografia.

À minha amiga, Enf^a. Elise Dias, pelo auxílio na construção da ideia desse trabalho, pela ajuda na divulgação da pesquisa, e por ser uma das responsáveis por abrir meus olhos para a questão da humanização do parto.

Aos membros da banca de defesa, Prof^a. MSc. Emanuele Oliveira e Prof^a. Dr^a. Ynes da Silva Félix, que prontamente aceitaram participar desse momento tão importante em minha vida.



A todos que ajudaram na divulgação da pesquisa nas redes sociais, especialmente às doulas Tatiana Marinho, Katiuce Assis e à advogada Priscila Jacob, bem como ao grupo “Aonde não ir em Campo Grande-MS” que autorizou a divulgação do meu trabalho.

Aos meus chefes e colegas de trabalho, por todo o apoio e compreensão durante o período de realização desta pesquisa, especialmente à Raquel, Mara e Mari, que me auxiliaram no serviço, nos momentos que eu mais precisava.

À defensora pública Thaís Dominatto, pelas sugestões acerca da forma de coleta de dados para essa pesquisa e por ter me mostrado seu trabalho nessa área.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, pela aprovação do projeto, e à Sr^a. Evelyn Pinho Ferro e Silva, a quem agradeço especialmente pelos esclarecimentos de dúvidas acerca das questões éticas da pesquisa.

Ao coletivo de advogadas “Nascer Direito”, por me dar a oportunidade de participar como monitora do “I Congresso Nascer Direito”, me transmitindo diversos conhecimentos na área do direito acerca do tema Violência Obstétrica.

A todas as mulheres participantes da pesquisa, pela receptividade e colaboração em responder ao questionário, relatando situações muitas vezes traumáticas.

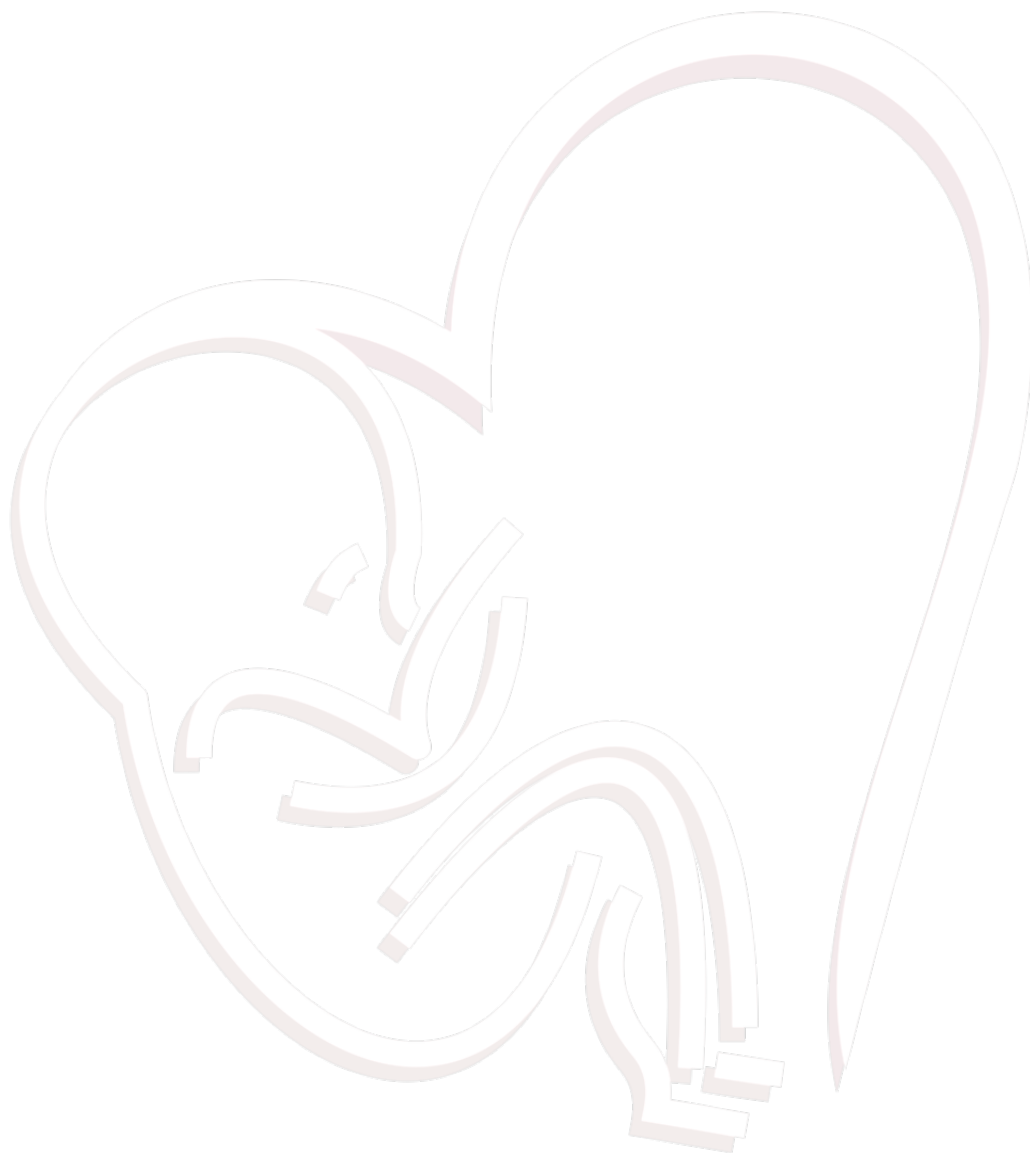
Aos meus cachorros, Luna e Brownie. À Luna, que está ao meu lado todos os dias, merecendo com carinho e me trazendo alegria nos momentos de desânimo. Ao Brownie, que teve uma passagem breve em minha vida, mas em um dos momentos mais intensos, me mostrando que mesmo quando tudo está tão atribulado ainda é possível seguir em frente e enfrentar novos desafios.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho, a minha gratidão.



“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudara forma de nascer”.

Michel Odent



RESUMO

A violência obstétrica é uma violência de gênero considerada um problema de saúde pública que se caracteriza também como uma forma de violação de direitos fundamentais. Entretanto, esse problema muitas vezes passa despercebido aos olhos da sociedade, sendo esse tema pouco debatido no direito brasileiro. O presente estudo tem como objetivo contextualizar a violência obstétrica no Brasil e no mundo, bem como fazer um levantamento dos direitos das mulheres violados no momento da assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato na cidade de Campo Grande – MS. Buscou-se ainda propor meios para combater a violência obstétrica em termos jurídicos e de políticas públicas. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2018 a março de 2019. As participantes do estudo responderam a um questionário estruturado para a obtenção de dados sócio-demográficos, informações sobre a gestação e parto e sobre o atendimento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A coleta de dados se deu de duas formas: questionário *on-line*, que foi divulgado por meio de mídias sociais, e questionário físico, aplicado cinco Unidades de Saúde Pública de quatro diferentes regiões de Campo Grande - MS. Um total de 305 mulheres que tiveram filhos entre 2016 e 2019 no município de Campo Grande – MS participou do estudo. Após a análise de dados, constatou-se um elevado índice de violência obstétrica na população estudada. Além disso, ficou caracterizada a violação de diversos direitos fundamentais, especialmente dos direitos a um atendimento digno, à autonomia, à saúde e à integridade. O índice de violência obstétrica encontrado no presente estudo demonstra que a adoção de políticas públicas para melhorar a atenção obstétrica brasileira e fomentar a discussão desse tema na sociedade como um todo é urgente, bem como a elaboração de normas que tratem a violência obstétrica como uma violência de gênero, criando medidas educativas e punitivas em âmbito civil, administrativo e penal, de forma a garantir uma assistência ao parto humanizada e livre de violência.

Palavras-chave: violência obstétrica, violência de gênero, direitos fundamentais.



ABSTRACT

Obstetric violence is a gender-based violence considered a public health problem that is also characterized as a form of violation of fundamental rights. However, this problem is often unnoticed in the eyes of society, and this issue was little debated in Brazilian law. The present study aims to contextualizing obstetric violence in Brazil and in the world, as well as survey the women rights violated at the time of attending to labor, childbirth and immediate postpartum in the city of Campo Grande - MS. It also sought to propose means to combat obstetric violence in legal terms and by public policies. The data collection was carried out from December 2018 to March 2019. The study participants answered a structured questionnaire to obtain socio-demographic data, information on gestation and delivery and on care during labor, delivery and immediate postpartum. Data collection took place in two ways: an online questionnaire, which was spreaded through social media, and a physical questionnaire, applied in five Public Health Units from four different regions of Campo Grande - MS. A total of 305 women who had children between 2016 and 2019 in the city of Campo Grande - MS participated in the study. After data analysis, a high rate of obstetric violence was observed in the study population. In addition, it was characterized the violation of several fundamental rights, especially the rights to dignified care, autonomy, health and integrity. The high rate of obstetric violence found in the present study demonstrates that the adoption of public policies to improve the Brazilian obstetric attention and to foment the discussion of this subject in the whole society is urgent, as well as the elaboration of norms that treat the obstetric violence as a gender violence, creating educational and punitive measures in civil, administrative and penal scope, in order to guarantee humanized childbirth care and free of violence.

Keyword: obstetric violence, gender-based violence, fundamental rights.



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Baixo relevo do templo de Esneh, no Egito, representado o nascimento de um filho de Cleópatra (69?-30 a.C.).....	19
Figura 2 – Parto na tribo Kiowa (tribo nativa dos Estados Unidos).....	20
Figura 3 – Posição de cócoras para o parto, tribo Tonkawa (nativa dos Estados Unidos). 20	
Figura 4 – Técnica de massagem japonesa	20
Figura 5 – Parto na Holanda no século XVII.....	21
Figura 6 – Cena de um nascimento na África Central (Tribo Wakamba).....	21
Figura 7 – Posição de parto adotada pelas Persas.....	21
Figura 8 – Cadeiras de parto (Anos de 1547,1544, 1701, 1805).....	22
Figura 9 – Manobra de Kristeller.....	30
Figura 10 – Episiotomia.....	31
Figura 11 – Localização das Unidades de Saúde Pública onde foram realizadas as coletas de dados, Campo Grande – MS (2019).....	45
Figura 12 – Distribuição das coletas de dados conforme Unidade de Saúde, Região de saúde e quantidade de coletas realizadas pela internet, Campo Grande – MS (2019).	46
Figura 13 – Situações relatadas pelas mulheres que sentiram suas privacidades violadas durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=33).....	50
Figura 14 – Situações relacionadas à episiotomia das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=41).....	51
Figura 15 – Procedimentos realizados com o objetivo de treinar estudantes em mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=34).....	52
Figura 16 – Procedimentos que foram realizados sem prévia autorização das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=67).....	55
Figura 17 – Procedimentos que foram realizados sem prévia explicação às mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=44).....	56
Figura 18 – Aumento progressivo das taxas de cesarianas no Brasil.....	73
Figura 19 – Taxa de mortalidade materna no Brasil entre 1996 e 2015.....	79



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=305).....	46
Tabela 2 – Informações sobre o local do parto, número de gestações, parto desejado e tipo de parto das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=305).....	47
Tabela 3 – Ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante o trabalho de parto das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande – MS,2019 (n=167).....	48
Tabela 4– Ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante a cirurgia cesariana em mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande – MS, 2019 (n=171).....	52
Tabela 5 – Ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante a permanência no serviço de saúde em mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande – MS, 2019 (n=305).	53
Tabela 6 – Análise univariada de potenciais fatores de risco para ocorrência da violência obstétrica, Campo Grande - MS, 2019 (n=305).....	57



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. – Antes de Cristo

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CEDAW – Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

CF – Constituição da República Federativa do Brasil

CIDH – Comissão Interamericana de Direitos

HumanosCNJ – Conselho Nacional De Justiça

CFM – Conselho Federal de Medicina

COFEN – Conselho Federal de

EnfermagemCP – Código Penal

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de

InquéritoCPN – Centro de Parto Normal

DPMS – Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do

SullC – Intervalo de Confiança

Man. Kristeller – Manobra de Kristeller

MPF – Ministério Público Federal

MS – Mato Grosso do Sul

MS/GM – Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da

Saúde ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da

SaúdeOR – *Odds Ratio*

p – Qui-quadrado

PL – Projeto de Lei

Procedim. Bebê – Procedimentos com o

bebêRDC – Resolução da Diretoria

Colegiada RN – Recém-nascido

Romp. Artif. Bolsa – Rompimento Artificial da Bolsa

RS – Rio Grande do Sul

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de

Saúde UBS – Unidade Básica da Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a

InfânciaTJ – Tribunal de Justiça

VO – Violência Obstétrica



1 INTRODUÇÃO

A violência contra mulher, apesar de considerada um problema de saúde pública, tem grande parte de sua magnitude ignorada. Trata-se de um tema não restrito a apenas alguns segmentos da sociedade, mas uma questão que permeia a todos. Entretanto, este tipo de violência somente se torna evidente na ocorrência de casos extremos, que impliquem em ações do Estado (GARCIA, 2016).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais conhecida como "Convenção de Belém do Pará" define violência contra mulher como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado" (CIDH, 1994). O mesmo diploma também discorre, em seu artigo 6º, que:

O direito de toda mulher a uma vida livre de violência inclui, entre outros: 1. o direito da mulher de ser livre de toda forma de discriminação, e 2. o direito da mulher ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e práticas sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade de subordinação (CIDH, 1994).

A partir desse entendimento, é possível inferir que a violência obstétrica se compreende no conceito de violência contra a mulher, sendo, portanto, uma violência de gênero. E, por se tratar de uma violência institucionalizada, constantemente torna-se invisível aos olhos da sociedade. Tal invisibilidade surge como consequência de uma naturalização dos atos de violência, havendo uma "utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes" (SILVA & SERRA, 2017).

Isto posto, temos que a violência obstétrica é uma forma de violação de direitos e, diante disso, deve ser discutida em sua dimensão jurídica para que os operadores do direito possam compreendê-la de maneira compatível com a proporção dos danos dela advindos. Essa violação exercida contra os corpos femininos acarreta em transgressão de direitos humanos universais, desrespeitando



diversas prerrogativas constantes da Constituição da República Federativa do Brasil, inclusive um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito: a dignidade da pessoa humana, da qual derivam várias outras garantias (SILVA & SERRA, 2017).

Dessa forma, a violência obstétrica acarreta a usurpação da autonomia da mulher e a privação dos direitos à saúde, ao atendimento digno, à integridade física e emocional e, em casos extremos, até mesmo violação do direito à vida (SERRA & VIANA, 2018; SILVA & SERRA, 2017).

Neste estudo, objetivou-se refletir sobre os seguintes problemas: Quais são os direitos das mulheres violados no momento da assistência ao parto? De que forma esta violência pode ser combatida em termos jurídicos e de políticas públicas?

Assim, inicialmente, a violência obstétrica é contextualizada para melhor entendimento do tema. Posteriormente, fez-se uma análise de casos concretos ocorridos em Campo Grande – MS, já que não existem registros sobre sua ocorrência no município. Para isso, foi realizado um estudo analítico, transversal, quantitativo com mulheres que tiveram filhos no período de 2016 a 2019 no município de Campo Grande – MS, com objetivo de identificar os procedimentos e formas de tratamento que acarretaram em violação dos direitos fundamentais da mulher durante a assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Outrossim, a pesquisa foi desenvolvida a partir dos métodos indutivo e dedutivo. O referencial teórico está correlato aos conceitos de saúde sobre o tema, além de matérias constitucionais, de bioética e biodireito.

A discussão existente acerca dessa matéria no âmbito jurídico brasileiro ainda se apresenta de forma inexpressiva. Por esta razão, busca-se demonstrar a magnitude dessa forma de violência de gênero em nosso país para que políticas públicas sejam implementadas para minimizar a sua ocorrência. Do mesmo modo, visa-se propor meios para que a violência obstétrica seja combatida também no âmbito jurídico.

Ademais, esta pesquisa foi elaborada a partir da perspectiva de uma profissional da saúde (enfermeira) com conhecimento e interesse prévio acerca do tema, que possui experiência pretérita sobre pesquisa científica e análise de dados, proporcionado devido a uma pós-graduação *stricto sensu*, trazendo para o ramo do direito uma discussão de caráter interdisciplinar por meio de uma abordagem ímpar.



2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

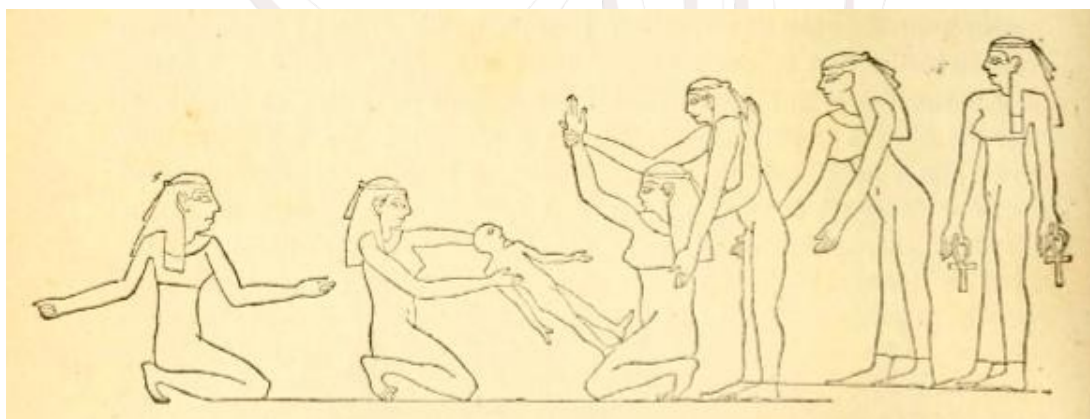
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

“A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da própria humanidade e, particularmente, a história da mulher” (WOLFF & MOURA, 2004, p. 280). Durante muito tempo foi considerada uma atividade eminentemente feminina e os partos eram tradicionalmente realizados por parteiras nos domicílios (WOLFF & MOURA, 2004). Registros históricos demonstram que, neste ambiente plenamente feminino, a assistência ao parto dava-se por meio de práticas que adotavam extensivamente a posição verticalizada (DUNDES, 1987).

Na mitologia antiga, deusas (mas não deuses) estavam presentes nos partos. Figuras pré-históricas e antigos desenhos egípcios mostram as mulheres dando à luz na posição sentada ou de cócoras (DRIFE, 2002). Nas diversas culturas ao redor do mundo há registros de que eram utilizadas posições verticalizadas variadas como: de joelhos, de cócoras e em pé para o trabalho de parto e parto. São descritos também o uso de artefatos para auxiliar a parturiente na adoção de posições mais confortáveis e técnicas de massagens (ENGELMANN, 1884; WITKOWSKI, 1887; NAROLL, NAROLL & HOWARD, 1961; RUSSELL, 1982).

As Figuras de 1 a 8 demonstram as posições e artefatos tradicionalmente utilizados nos partos ao longo da história. As cadeiras de parto datam de 2000 a.C., sendo utilizadas em diversas partes do mundo (DUNDES, 1987).

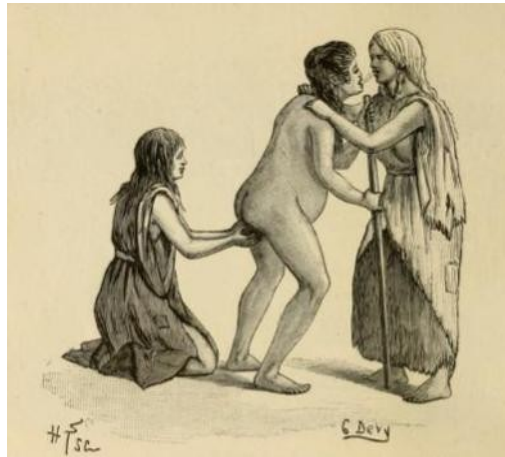
Figura 1 - Baixo relevo do templo de Esneh, no Egito, representando o nascimento de um filho de Cleópatra (69?-30 a.C.).



Fonte: Witkowski, 1887.



Figura 2 – Parto na tribo Kiowa (tribo nativa dos Estados Unidos).



Fonte: Witkowski, 1887.

Figura 3 – Posição de cócoras para o parto, tribo Tonkawa (nativa dos Estados Unidos).



Fonte: Engelmann, 1884.

Figura 4 – Técnica de massagem japonesa.



Fonte: Witkowski, 1887.

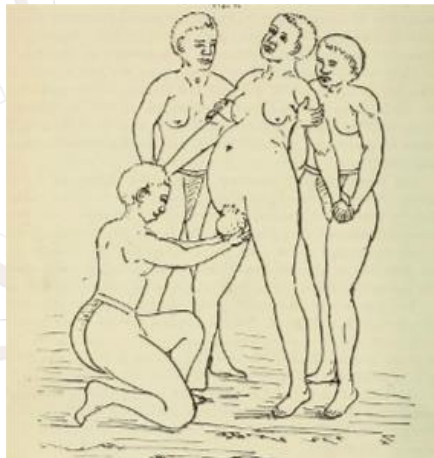


Figura 5 – Parto na Holanda no século XVII.



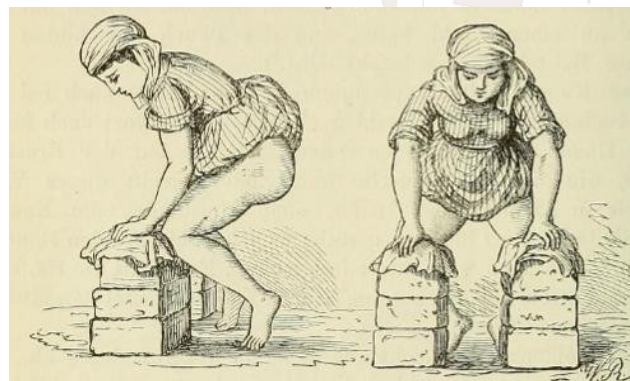
Fonte: Witkowski, 1887.

Figura 6 – Cena de um nascimento na África Central (Tribo Wakamba).



Fonte: Engelmann, 1884.

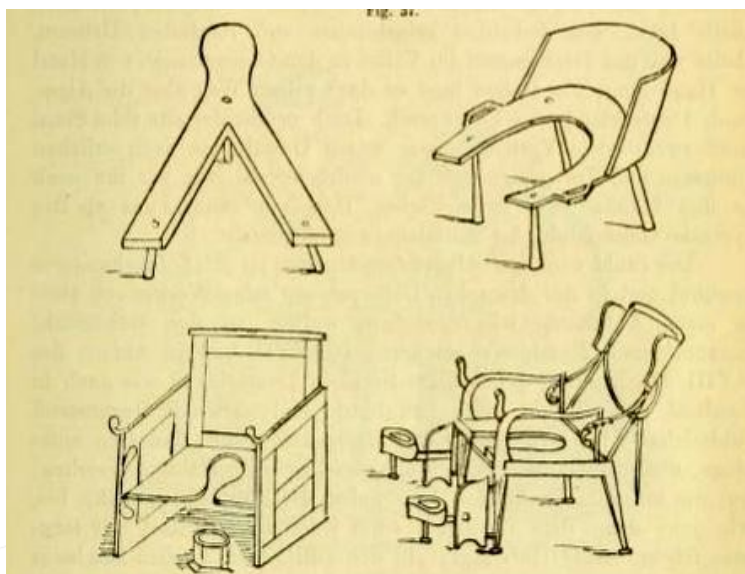
Figura 7 – Posição de parto adotada pelas Persas.



Fonte: Engelmann, 1884.



Figura 8 – Cadeiras de parto (Anos de 1547,1544, 1701, 1805).



Fonte: Engelmann, 1884.

Na Europa, até os anos 1550, as parteiras eram as únicas atendentes de parto. Nesta época, cirurgiões-barbeiros começaram a disputar com as parteiras para atender casos obstétricos. Inicialmente, esses profissionais não eram reconhecidos como médicos, pois a cirurgia era considerada um "cenário de último caso" para a sobrevivência, e não uma maneira séria de curar os doentes. Além disso, a Igreja acreditava que a cirurgia era um massacre do dom de Deus: o corpo. Assim, os cirurgiões-barbeiros não eram bem treinados e encontravam-se no mesmo nível social de carpinteiros, sapateiros e membros das corporações de ofício, e permaneceram assim até o século XVIII (DUNDES, 1987; DRIFE, 2002; NEBIOLO, 2017).

Ao longo do tempo, os cirurgiões-barbeiros foram ganhando espaço, sendo cada vez mais requisitados nos casos de maior risco para morbidade e mortalidade materna e fetal, muitas vezes praticando a extração manual do feto para salvar a vida da mãe. A prática da obstetrícia oferecia aos cirurgiões uma entrada plausível no campo médico. O fórceps, uma ferramenta usada por cirurgiões para ajudar a retirar um bebê durante parto difícil ou para remover balas e estilhaços, foi redescoberto por um cirurgião-barbeiro durante o final do século XVI (os primeiros registros desse instrumento datam do século III). No século XVII, o fórceps tornou-se um dos principais instrumentos do kit de ferramentas de um cirurgião. Sua participação em



casos traumáticos ajudou-os a desenvolver um entendimento de parto como doença, e eles tiveram uma vantagem competitiva sobre as parteiras devido às suas habilidades em lidar com complicações (DUNDES, 1987; DRIFE, 2002; NEBILOLO, 2017). Assim, iniciou-se o processo de patologização do parto.

Em 1663, um cirurgião assistiu ao parto de uma amante do Rei Luís XIV, o que pode ter influenciado a maior aceitação de “homens parteiros”, tornando-se moda na França. O mais famoso dentre eles, François Mauriceau (1637-1709), também foi influenciado pelas visões prevalecentes da gravidez como doença. Em seu trabalho sobre obstetrícia (1668), alegou que a gravidez, apropriadamente interpretada, era um "tumor da barriga" causado por uma criança. Essa foi uma das primeiras referências a problemas médicos durante a gravidez e parto que definiram todos os nascimentos como inerentemente patológicos e anormais, não deixando espaço para a parteira. A mudança de posição durante o trabalho de parto e parto foi uma consequência natural da transformação do conceito de gestação e parto. A adoção da posição horizontal para o parto tinha como principal justificativa a conveniência e facilitava o acesso ao períneo quando se utilizava o fórceps (DUNDES, 1987; DRIFE, 2002).

Entretanto, apesar da maior aceitação e popularização da assistência ao parto pelos cirurgiões, a imensa maioria da população ainda só tinha acesso ao parto assistido pelas parteiras tradicionais. No início do século XIX, o parto ainda era perigoso para as mulheres e permaneceu assim, apesar de vários avanços, até meados do século XX. Isso decorria de diversos fatores, especialmente ligados às condições de falta de higiene, saneamento e nutrição materna (DRIFE, 2002).

No final do século XIX, os hospitais eram lugares barulhentos e sujos que cuidavam de indigentes e eram operados por instituições de caridade, organizações religiosas e governo. Pessoas respeitáveis eram cuidadas em casa por suas famílias. Com o avanço da tecnologia médica, durante o século XX, ocorreu uma gradativa transformação do hospital de um asilo para uma moderna instituição científica. Os hospitais tornaram-se arenas naturais para os cuidados médicos e para a ciência, porque os avanços tecnológicos exigiam essa centralização (THOMASSON & TREBER, 2004).

Dessa forma, a melhoria das condições de higiene, saneamento, maior acesso aos serviços de saúde e o avanço das tecnologias e da antibioticoterapia ao longo do século XX acarretou uma importante redução no índice de mortalidade materna e neonatal. Na década de 1930, a literatura médica passa a divulgar com mais ênfase que o hospital seria o lugar ideal e seguro para as mulheres darem à luz (MOTT, 2002). A partir da década de 40, o parto foi progressivamente tornando-se cada vez mais institucionalizado e, no final do século passado, mais de 90% dos nascimentos ocorriam em hospitais (RATTNER, 2009).



Nessa perspectiva, diversos procedimentos obstétricos passaram a ser rotineiramente utilizados, como monitoramento eletrônico fetal, episiotomias¹, posição de litotomia² e até mesmo a cesárea (DAVIS-FLOYD, 1990).

O aumento no índice de cesarianas aparenta ter caráter eminentemente financeiro. Entre 1970 e 1982, nos Estados Unidos, ocorreu a diminuição da taxa de natalidade no país levando os obstetras a substituírem o parto normal em direção a uma alternativa mais altamente reembolsada, a cesariana (GRUBER & OWINGS, 1996). No Brasil, na “década de 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorre um forte impulso com relação à incorporação de tecnologia médica, apoiada pela intervenção estatal” (FARIA & SAYD, 2013, p. 2422). “Nesse período, médicos e hospitais de seguridade social recebiam mais pelo parto cirúrgico do que pelo parto vaginal” (LEISTER & RIESCO, 2013, p. 167).

O Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (Nascer no Brasil) aponta que, entre 1970 e 2010, o índice de cirurgias cesarianas quase quadruplicou no Brasil, passando de 14,5% para 52% (LEAL *et al.*, 2011-12). Esse aumento expressivo da taxa de cesáreas no país demonstra que esse procedimento adquiriu um caráter de bem de consumo, depreendendo-se que na lógica perversa do sistema existente “o que rege a indicação das terapêuticas é o objetivo lucrativo, e não o bem-estar da mãe ou de seu filho, ou das populações” (RATTNER, 1996).

Dentro desse modelo biomédico, a gestação é tratada como uma patologia, corroborando para que o parto seja repleto de intervenções. Nesse cenário, o médico passa a assumir um papel principal na execução do parto, tomando para si o protagonismo que deveria pertencer à mulher (PIMENTEL *et al.*, 2014). E, ao contrário do que se pensa, a maioria dos procedimentos obstétricos de rotina realizados por mais de 20 anos tem pouca ou nenhuma evidência científica para justificá-los. Eles são rotineiramente realizados não porque fazem sentido científico, mas porque fazem sentido cultural (DAVIS-FLOYD, 2001).

¹A episiotomia consiste no corte na região do períneo feito com a intenção de facilitar a saída do bebê, visando a reduzir a probabilidade de lacerações graves no períneo e minimizar o risco de trauma fetal, reduzindo a duração do período expulsivo. No entanto, não há evidências de que esses benefícios realmente aconteçam. Ademais, estudos demonstram que a episiotomia traz diversas consequências negativas para a vida sexual da mulher, pois pode ocasionar a dispareunia, ou seja, dor nas relações sexuais, interferindo na excitação sexual e no orgasmo da mulher (GUEDES & BORGES, 2017).

²Posição de litotomia – variação mais extrema do decúbito dorsal (abdome voltado para cima), na qual os membros inferiores são elevados e flexionados para expor a região perineal (região entre a vulva e o ânus). É uma postura não natural com grande potencial de traumas para o paciente. Os riscos aumentam quando a posição é acentuada para atos operatórios na região da vulva (assim como ocorre no parto) (CARVALHO & BIANCHI, 2016).



Mecanizar o corpo humano e definir o corpo-máquina como o objeto apropriado do tratamento médico liberta os profissionais de qualquer senso de responsabilidade pela mente ou pelo espírito do paciente (DAVIS-FLOYD, 2001). Historicamente, o médico reveste-se de uma aura de poder, estabelecendo uma relação assimétrica com o paciente, sendo o detentor do conhecimento ao qual todos os demais devem sujeitar-se sem qualquer questionamento (FOUCAULT, 1979; PIMENTEL *et al.*, 2014).

Nessa estrutura hierárquica, o modelo tecnocrático investe autoridade a médicos e a instituições e seu pessoal. Indícios óbvios, como títulos e aventais brancos, sinalizam a autoridade do médico, que pode aumentar seu status retendo informações e usando o jargão técnico que o paciente não consegue entender. Nesse cenário, o papel mais confortável de um paciente é a abdicação da preferência pessoal em favor da escolha do médico (DAVIS- FLOYD, 2001).

A partir dessa abordagem histórica é possível compreender como a violência obstétrica surgiu e tem se perpetuado em todo o mundo.



2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITO E FORMAS DE MANIFESTAÇÃO

O conceito de violência suscita uma vasta quantidade de abordagens: antropológica, psicológica, cultural, política, etnológica. A depender do contexto, possibilita uma definição diversa (ALMEIDA, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), violência pode ser conceituada como:

O uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 1996a *apud* OMS, 2014a).



No âmbito da violência de gênero, dispõe o preâmbulo da Convenção de Belém do Pará (CIDH, 1994):

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Segundo Almeida (2015, p. 05), “existem somente duas formas de agir: uma violenta e outra não violenta. Não há caminhos intermediários. Podem variar os graus na escala da violência, mas ela ou está presente, ou não está.” Daí, depreende-se que não é possível fazer uma outra classificação do agir humano, pois qualquer outro rótulo seria apenas um simulacro com o objetivo de encobrir uma conduta violenta. No entanto, dentro dessa lógica, nossa sociedade persiste tradicionalmente em uma tolerância social à violência contra as mulheres. Assim, de maneira recorrente são utilizados artifícios para minimizar a conduta violenta contra a mulher e culpabilizar a vítima (LIMA *et al.*, 2017). Quando se trata de violência obstétrica esta é continuamente tratada de maneira velada e muitas vezes sequer é percebida pela população em geral (GARCIA, 2016; PARTO DO PRINCÍPIO / FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO, 2014).

Violência obstétrica pode ser conceituada como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, com abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, tradução livre).

A violência obstétrica, além de se caracterizar como uma violência de gênero, é considerada ainda uma violência institucional, construindo-se também, portanto, em relações hierárquicas e desiguais de poder da relação profissional de saúde e paciente (NOGUEIRA & SEVERI, 2016; SERRA & VIANA, 2018).

Foucault (1979) explica como se deu a transformação do sistema de poder no



interior do hospital: até meados do século XVIII, quem detinha o poder nas instituições hospitalares era o pessoal religioso e o médico era chamado apenas para os mais doentes entre os doentes. Nesse período, o médico ainda estava sob a dependência administrativa dos religiosos. “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. (...) Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital” (p. 109). Assim, surge o grande médico de hospital. “O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII” (p.110).

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc. (FOUCAULT, 1979, p. 110).



Quando adentramos o campo da assistência obstétrica, soma-se a essa relação hierárquica de poder médico x paciente a relação patriarcal de poder, fortemente presente na maioria das culturas humanas, inclusive a nossa (DAVIS-FLOYD, 1990). Nesse sentido, Dundes (1987), em seu texto sobre a “Evolução da Posição Materna para o Nascimento (tradução livre)”, já afirmava que um dos motivos para a mudança da posição do parto para a posição horizontal seria a promoção do poder dos homens sobre as mulheres (parteiras e parturientes). Portanto, o que se nota é que o patriarcado esteve e está disposto a dispensar a mulher da necessidade de seus processos biológicos exclusivamente femininos de forma a perpetuar-se ao longo do tempo (DAVIS-FLOYD, 1994).

Por se tratar de fenômeno fisiológico normal, diferente de outros eventos que necessitam de assistência hospitalar, o parto requer apenas acolhimento e cuidado. Trata-se de um evento social que representa uma das experiências humanas mais significativas para os envolvidos. Porém, dentro desse modelo hospitalar, aliado às questões de gênero, a violência institucional nas maternidades brasileiras tem se perpetuado como “uma relação hierárquica na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece” (AGUIAR & D’OLIVEIRA, 2011, p.80).

Nessa relação desigual, o médico apresenta-se no topo da hierarquia dos profissionais da saúde e o poder que ele exerce baseia-se na autoridade cultural e moral que essa profissão atingiu na sociedade. Tal autoridade não é só determinada pelos conhecimentos científicos e em tecnologias, mas também por determinados valores e crenças culturais que são socialmente entendidos como verdadeiros. Assim, existe um receio de que consequências desagradáveis aconteçam caso essa autoridade não seja respeitada, sendo o poder do médico reproduzido por meio da comunicação entre os sujeitos sociais em condição de desigualdade (AGUIAR, D’OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013).

Embora o poder e a violência sejam fenômenos distintos, estes frequentemente apresentam-se juntos e, onde quer que se combinem, o poder é fator fundamental e predominante (ARENDDT, 1994). Logo, a existência da relação de poder médico x paciente e homem x mulher aliados ao modelo tecnocrático atual dominante tornou-se a combinação ideal para a perpetuação da violência obstétrica.



Nas últimas décadas, ocorreu um aumento considerável na aplicação de diversas práticas durante o trabalho de parto que permitem iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorar o processo fisiológico do trabalho de parto, com o objetivo de atingir melhores resultados tanto para as mulheres, como para os bebês. No entanto, essa crescente medicalização dos processos de parto tende a minar a própria capacidade da mulher de dar à luz e afeta negativamente sua experiência de parto. Além disso, o uso crescente de intervenções no trabalho de parto sem indicações claras continua a ampliar a lacuna de saúde em termos de equidade entre ambientes com muitos recursos e aqueles com poucos recursos (OMS, 2018).

No mesmo sentido, o alto índice de cesáreas no Brasil é mais um retrato de uma assistência caracterizada pelo excesso de intervenção e medicalização do parto, embasado em uma suposta defectividade essencial feminina, que é fundamentada em uma crença de que o corpo feminino é defeituoso e, por isso, a mulher seria incapaz de parir de forma natural. Como consequência desse fenômeno, a intervenção médica passa a ser enxergada como sempre necessária e “salvadora” do bebê e da parturiente (O RENASCIMENTO..., 2013).

Dessa forma, a violência obstétrica pode se manifestar de diversas maneiras, que podem ser classificadas como violência de caráter psicológico, violência de caráter físico, violência de caráter sexual, violência de caráter institucional e violência de caráter material.



2.2.1 Violência de Caráter Psicológico

Dentre as formas de violência obstétrica, a violência de caráter psicológico é a que menos é notada pela sociedade, pois não deixa marcas aparentes, apesar de ser muito recorrente no ambiente médico-hospitalar. Sobre o tema, Sauaia e Serra (2016, p.139) discorrem que:

A violência obstétrica psicológica caracteriza-se por: a) privação de informações à parturiente acerca dos procedimentos realizados; b) realização de comentários ofensivos, insultuosos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios; c) tratar a parturiente de forma grosseira, agressiva, não empática e zombeteira; d) expor a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança; e) recriminação pelos comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções; f) procrastinação do contato entre a mãe e o neonato; g) recriminar a parturiente por qualquer característica ou ato físico, tais como: altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, estrias, etc, dentre outras práticas amplamente condenadas pela OMS.

Essa forma de violência obstétrica ocorre, portanto, através de ações verbais ou de comportamentos “que causem à mulher sentimentos de inferioridade, diminuição da autoestima, vulnerabilidade, medo, insegurança ou instabilidade emocional” (GUEDES & BORGES, 2017 p.65). Frases como: “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”; “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”; “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”; “Na hora de fazer, você gostou, né?”; “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.” são reiteradamente referidas por mulheres que tiveram seus partos em várias cidades diferentes do Brasil. Tais relatos demonstram um pouco da dor e da humilhação que essas mulheres sofreram durante o atendimento ao parto (CIELLO *et al.*, 2012).



2.2.2 Violência de Caráter Físico

A violência física é qualquer ação ou omissão que, direta ou indiretamente, visa causar danos ou sofrimento físico à mulher, tais como: ferimentos internos ou externos, feridas, contusões, queimaduras, empurrões ou qualquer outro abuso que afete sua integridade física (ARGENTINA, 2009). Essa forma de violência pode ou não acarretar em um dano visível.

Durante a assistência ao parto, manifesta-se de diferentes formas, “causando dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas” (CIELLO *et al.*, 2012, p. 60). São exemplos de violência de caráter físico: “privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller³ (Figura 9), uso rotineiro de ocitocina⁴, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada”.

Assim, a violência física configura-se quando as mulheres são submetidas a práticas invasivas e à utilização de medicamentos que não são justificados pelo estado de saúde da parturiente ou do feto, ou quando o tempo e as possibilidades de nascimento biológico não são respeitados (MEDINA, 2009).

³ A manobra de Kristeller consiste em pressionar a parte superior do útero para facilitar (e acelerar) a saída do bebê, o que pode causar lesões graves, como deslocamento de placenta, fratura de costelas e traumas encefálicos. Essa prática é perigosa tanto para a mãe quanto para o bebê, e não há evidências científicas de sua utilidade (GUEDES, BORGES, 2017).

⁴ A aplicação de soro com ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto é outro procedimento comum na prática obstétrica, mas que deve ser evitado. A ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher, preparando o feto para o parto, aumentando a resistência dos tecidos à falta de oxigênio e ao trauma do nascimento. No entanto, a aplicação de ocitocina sintética aumenta o risco de hemorragia pós-parto e as fortes dores causadas pela sua utilização acabam, muitas vezes, por desencadear mais intervenções, como o pedido de analgesia para superar as dores, a necessidade de um fórceps e até mesmo uma cesárea para abreviar o parto (GUEDES, BORGES, 2017).



Figura 9 – Manobra de Kristeller



Fonte: Adaptada de Larrañeta (2014).

2.2.3 Violência de Caráter Sexual

A violência experimentada pelas mulheres durante a assistência ao parto por vezes é tão subversiva que chega ao ponto de ser comparada a um estupro (FERNÁNDEZ & BERDÚN, 2014). A violência de caráter sexual pode ser conceituada como “toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo” (CIELLO *et al.*, 2012, p. 60). Tal violência se dá por meio de ações que buscam controlar a sexualidade da mulher, utilizando-se do abuso de poder (GUEDES & BORGES, 2017).

O Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres traz como exemplos de violência obstétrica sexual:

Episiotomia (Figura 10), assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (CIELLO *et al.*, 2012, p. 60).



Práticas como a episiotomia (Figura 10) podem acarretar em dor por longos períodos de tempo e dificuldades para retomar as relações sexuais (CIELLO *et al.*, 2012, KONDO *et al.*, 2014). Assim, em 1996, a OMS já recomendava que uma boa meta a se alcançar seria uma taxa de 10% para esse procedimento (OMS, 1996b). Mais recentemente, apesar de não determinar uma taxa ideal, a OMS recomenda que a episiotomia não seja realizada de forma rotineira e liberal (OMS, 2018). Além disso, os supostos benefícios da episiotomia ainda não foram evidentemente comprovados e, portanto, têm-se demonstrado que esse procedimento deveria ser abolido da prática obstétrica (MELO *et al.*, 2014; GÜN, DOĞAN & ÖZDAMAR, 2016; AMORIM *et al.*, 2017).

Figura 10 – Episiotomia



Fonte: CIELLO *et al.*, 2012.



2.2.4 Violência de Caráter Institucional

A violência obstétrica é considerada uma violência de caráter institucional, pois, via de regra, o parto acontece em instituições de saúde. Assim, a violação dos direitos da mulher pode ser causada por qualquer funcionário do serviço de saúde, inclusive servidores administrativos. Caracteriza-se pela ocorrência de ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, podendo ocorrer em serviços de natureza pública ou privada. Muitas vezes essa forma de violência é retratada como atrelada às condições físicas, organizacionais e de recursos dos serviços de saúde (CIELLO *et al.*, 2012). Tal violência é, portanto, cometida justamente por aqueles que deveriam ser os principais cuidadores da mulher (AGUIAR & D'OLIVEIRA, 2010).

No atual modelo de assistência tecnológica, a violência institucional ocorre em um contexto de “crise de confiança”, caracterizado especialmente por uma supervalorização do uso da tecnologia em detrimento as interações humanas. Assim, os recursos tecnológicos deixam de ser meios e passam a ter utilizados como fins em si mesmos (AGUIAR, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013).

São exemplos de violências institucionais:

Impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes (CIELLO, *et al.*, 2012, p. 61).

As causas da violência de caráter institucional são comumente apontadas como relacionadas a um ritmo de trabalho intenso associado à falta de recursos, somado à discriminação social da paciente pobre (AGUIAR, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013). Essa forma de manifestação da violência obstétrica apresenta, portanto, maior magnitude no âmbito do serviço público de saúde.



2.2.5 Violência de Caráter Material

A violência obstétrica pode se apresentar também como uma violência material. Neste caso, caracteriza-se por ações e condutas que visam obter recursos financeiros de mulheres durante os processos reprodutivos, em benefício de pessoa física ou jurídica (CIELLO *et al.*, 2012).

São citados como exemplos de violência de caráter material: “cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante” (CIELLO, *et al.*, 2012, p. 61).

2.2.6 Violência Obstétrica e Erro Médico

Para se compreender adequadamente a violência obstétrica é indispensável realizar-se uma abordagem que permita distingui-la do erro médico, isso porque, frequentemente tais fenômenos são tratados como sinônimos, o que é um preocupante equívoco. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça têm amparado corriqueiramente as questões relativas à violência obstétrica sob o escopo de “erro médico”, contribuindo para invisibilidade do fenômeno (SILVA & SERRA, 2017; SERRA & VIANA, 2018).

O conceito de violência obstétrica já foi amplamente debatido anteriormente e esse tópico limitar-se-á a conceituar o erro médico e distingui-lo da violência obstétrica.

Erro conceitua-se como o uso não intencional de um plano inadequado para atingir um objetivo, ou falha em executar uma ação planejada como pretendido. Erros podem se manifestar fazendo a coisa errada (comissão) ou deixando de fazer a coisa certa (omissão), na fase de planejamento ou de execução (RUNCIMAN, MERRY & TITO, 2003). Trata-se de uma conduta profissional inadequada, da qual se presume que ocorreu uma inobservância técnica, podendo ou não produzir um dano à vida ou à saúde do paciente. Por tratar-se de uma conduta culposa, será decorrente de imperícia, negligência ou imprudência do médico, no exercício de



suas atividades profissionais (FRANÇA, 2017).

Via de regra, a atividade médica possui apenas obrigação de meio, portanto, o profissional pratica a atividade sem garantir o resultado. Porém, faz-se necessário agir com prudência e diligência para a adequada prestação do serviço, utilizando-se das melhores técnicas, objetivando alcançar o melhor resultado possível. Dessa forma, para que ocorra a responsabilização civil dos profissionais de saúde, deve ser comprovada a culpa, demonstrando que a ação se deu com negligência, imprudência ou imperícia (SILVA & SERRA, 2017).

Como já esclarecido, os erros são, por definição, não intencionais. Quando se fala em violações, essas geralmente são intencionais, embora raramente mal-intencionadas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Violação é um desvio deliberado de um procedimento operacional, padrão ou regra. Ambos os erros e violações aumentam o risco, mesmo que um incidente não ocorra de fato (RUNCIMAN, MERRY & TITO, 2003; RUNCIMAN *et al.*, 2009). A violência obstétrica enquadra-se mais adequadamente no conceito de violação e não de erro médico.

Os Tribunais, como regra, apenas têm concedido decisões favoráveis à vítima quando há uma associação do fato com a “natureza/gravidade da lesão e a sua abrangência (mulher e bebê)” (NOGUEIRA & SEVERI, 2016, p. 464). Nesse sentido, Nogueira & Severi (2016, p. 464) afirmam que:

Se o procedimento adotado pela equipe de saúde viabilizou o nascimento do bebê com vida (ainda que com algumas sequelas), as respostas judiciais tendem a menosprezar as violações de direitos humanos sofridas pelas mulheres durante a assistência ao parto, entendendo-as como “mal necessário”, a descaracterizar a conduta da equipe de saúde como erro médico (imperícia ou negligência) e a associar a ocorrência aos danos (físicos ou morais) às mulheres mais ao “evento parto” e menos à conduta profissional.



Além disso, o que se verifica é que diversas decisões são fundamentadas apenas em provas periciais que reproduzem “conceitos e informações baseadas em práticas institucionalizadas e em estereótipos que não apresentam respaldo pela Medicina baseada em evidências” (NOGUEIRA & SEVERI, 2017, p. 6).

No caso da episiotomia, por exemplo, por ser um procedimento realizado frequentemente pelos responsáveis à assistência da saúde da mulher, pode ocorrer de o perito, inserido também nesse contexto, conceder laudo pericial afirmando que se trata de procedimento adequado e usual, sem nenhum questionamento ou mesmo levantamento de evidências médicas que possam levar a conclusões contrárias. Do mesmo modo, sem questionar a realidade da assistência à saúde e dessa violência institucional, o julgador se utiliza, muitas vezes, unicamente da prova pericial apresentada (NOGUEIRA & SEVERI, 2017, p. 7).

Portanto, a violência obstétrica tem sido indenizada apenas quando é também decorrente de um erro médico que acarreta dano significativo. E, ainda mesmo quando há a indenização, as decisões continuam a utilizar inadequadamente apenas o termo erro médico. Assim, “O foco principal não parece estar na violação dos direitos das mulheres, mas na combinação entre danos à criança e à mulher” (NOGUEIRA & SEVERI, 2016, p. 464).

Infelizmente, essa forma de resolução dos conflitos pela justiça brasileira tem contribuído ainda mais para o silenciamento do fenômeno, dificultando as ações de enfrentamento à violência obstétrica (SILVA & SERRA, 2017).

Logo, nota-se uma necessidade premente de que a violência obstétrica seja adequadamente entendida pela justiça brasileira como uma forma de violação de direitos fundamentais, pois contraria protocolos nacionalmente e internacionalmente reconhecidos, baseados em evidências científicas. Para isso, o corporativismo de classes profissionais influentes precisaria ser deixado de lado de forma a priorizar uma compreensão que não viole tratados internacionais de direitos humanos.

⁵“Índice de doença numa região” (GUIMARÃES, 2002, p. 315).



2.3 IMPLICAÇÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA A MORBIDADE⁵ E MORTALIDADE MATERNAS E NEONATAIS

As complicações durante a gravidez e o parto são uma das principais causas de morte e incapacidade entre as mulheres em idade reprodutiva nos países em desenvolvimento. A taxa de mortalidade materna representa o risco associado a cada gravidez, ou seja, o risco obstétrico. Além disso, também constitui um dos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (OMS, 2014b).

Morte materna é a morte de uma mulher que ocorre durante a gravidez ou nos 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração e do local da gravidez, de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais (OMS, 2014b).

“A mortalidade materna constitui um importante problema social e de saúde pública e reflete diretamente a qualidade assistencial” (DINIZ *et al.*, 2015, p. 4). A alta taxa de mortes maternas em alguns lugares ao redor do mundo reflete desigualdades no acesso aos serviços de saúde e evidencia a lacuna entre ricos e pobres (OPAS, 2018).

Entre 1990 e 2000, o Brasil apresentou uma considerável redução na taxa de mortalidade materna, entretanto, no século XXI essa taxa manteve-se estagnada e ainda bastante superior a de países desenvolvidos (BRASIL, 2012b). Dados demonstram que os óbitos maternos ocorrem majoritariamente em países em desenvolvimento (99%) e sabe-se que 90% destes óbitos ocorrem por causas sabidamente evitáveis (OPAS, 2018). A partir daí, nota-se uma necessidade de refletir sobre os motivos da estabilidade dessa taxa.

O uso irracional da tecnologia na assistência ao parto tem sido apontado como um dos fatores que contribui para a ocorrência de danos à mulher e ao bebê (SILVEIRA, CAMARGO & CREPALDI, 2010). Um dos reflexos desse atual cenário é o significativo aumento da taxa de cesáreas no mundo e especialmente no Brasil, que se encontra em segundo lugar no ranking mundial, possuindo uma taxa de 56% (UNICEF, 2016). Porém, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a taxa ideal de cesarianas esteja entre 10-15%, já que não existem evidências científicas que demonstrem que submeter mulheres ou bebês à cesariana, sem que essa seja realmente necessária, traga benefícios. Além disso, “como qualquer



cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo” (OMS, 2015, p.1).

Assim, a cesárea, que a princípio foi concebida e aplicada como instrumento de proteção nos casos em que realmente era necessária, ingressou na categoria de fator de risco, tornando-se uma epidemia iatrogênica⁶ (FILHO & RISSIN, 2018). “Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade maternas e neonatal” (OMS, 2015, p.4).

Além da influência do índice de cesarianas na taxa de mortalidade materna, a violência obstétrica nos partos vaginais também tem implicações sobre a morbimortalidade materna.

Existe, nesses casos, um risco adicional associado aos eventos adversos do manejo agressivo do parto. Isso porque ocorre um aumento na possibilidade de ocorrência de danos associados ao uso inadequado e excessivo de intervenções invasivas, como uso indiscriminado de ocitocina para indução ou aceleração do parto, aplicação da manobra de Kristeller, uso de fórceps e episiotomia de forma rotineira, entre outras (DINIZ *et al.*, 2015).

No que se refere à mortalidade infantil, o Brasil tem se destacado devido à redução dessa taxa nos últimos anos (UNICEF, 2017). Entretanto, quando se analisa a taxa de mortalidade neonatal precoce, verifica-se que este é componente da mortalidade infantil que vem apresentando a menor queda nos últimos anos, o que reflete, em grande parte, a qualidade de assistência obstétrica (GUEDES & BORGES, 2017).

No Brasil, um grande número de bebês corre o risco de nascer antes de estar totalmente maduros. Mesmo quando não há mais risco de prematuridade, cada semana a mais de gestação melhora as possibilidades de o bebê nascer saudável. A interrupção da gestação antes do trabalho de parto influencia no ganho de peso e maturidade cerebral e pulmonar (ACOG, 2013; UNICEF, 2017).

A pesquisa Nascer no Brasil demonstrou que o país ainda tem um relevante índice de partos prematuros e uma proporção elevada de bebês que nascem entre a 37^a e a 38^a semana de gestação (35%) (LEAL *et al.*, 2011-12).

O grande número de nascimentos entre a 37^a e a 38^a semana de gestação está associado ao elevado número de cesarianas realizadas antes do trabalho de parto espontâneo, particularmente no setor privado – onde metade dos partos realizados ocorrem nessa idade gestacional (UNICEF, 2017, p.02).



Esses bebês, apesar de não serem considerados prematuros, são mais frequentemente internados em Unidades de Terapia Intensiva neonatal, possuem mais problemas respiratórios, além de apresentarem risco mais elevado de mortalidade e déficit de crescimento, quando comparados aos bebês que nasceram entre 39ª e 41ª semana (BARROS *et al.*, 2012).

Quanto às condutas adotadas rotineiramente no parto vaginal sem qualquer evidência científica, estas também representam um risco de morbimortalidade neonatal. Como exemplo, podemos citar a utilização da manobra de Kristeller, que além de não possuir evidência científica que demonstre que sua utilização seja benéfica, sabe-se que esse procedimento aumenta o risco de lacerações perineais graves, ruptura uterina, dor durante a relação sexual e incontinência urinária seis meses após o parto. Quanto ao recém-nascido, ocorrem com maior frequência: distocias de ombro⁷, aumento do risco de escore de Apgar⁸ abaixo de sete no quinto minuto, de sequelas fetais, como hipoperfusão⁹ e paralisia cerebral (MOIETY & AZZAM, 2014; PALMA & DONELLI, 2017; OMS, 2018).

Portanto, para se garantir uma assistência livre de danos e para se alcançar uma melhoria nos índices de morbimortalidade materna e neonatal, faz-se indispensável uma reorientação do modelo obstétrico prevalente no país, onde os direitos das mulheres e do recém-nascido sejam plenamente respeitados.

2.4 VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como já abordado anteriormente, violência obstétrica não se enquadra no conceito de erro médico, sendo, em verdade, uma violação. Durante as práticas adotadas na assistência obstétrica brasileira prevalece uma assistência inadequada, na qual direitos e garantias fundamentais são ordinariamente violados. Nota-se nos exemplos citados anteriormente que persiste uma evidente violação de direitos à dignidade, à integridade, à liberdade, à saúde e à vida da mulher, bem como ao seu direito à informação. Muitas vezes, um único procedimento pode acarretar em violação a mais de um direito fundamental.

Assim, discorreremos brevemente acerca dos direitos fundamentais mais comumente violados durante a assistência ao parto. Não se pretende esgotar o assunto neste tópico, já que será elaborado um estudo mais aprofundado sobre o tema no próximo capítulo, quando se realizará uma análise dos casos concretos.



2.1.1 Da Dignidade da Pessoa Humana

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) traz como princípio basilar de todo o ordenamento jurídico brasileiro a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III). Este assume um importante papel na interpretação e aplicação do direito constitucional e infraconstitucional, especialmente no que se refere à proteção e promoção de direitos fundamentais (SARLET, MARINONI e MITIDIERO, 2017). Nesse sentido, expõe Soares (2010, p. 210-211) que:

O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana se desdobra em inúmeros outros princípios e regras constitucionais, conformando um arcabouço de valores e finalidade a ser realizada pelo Estado e pela sociedade civil, como forma de concretizar a multiplicidade de direitos fundamentais, expressos ou implícitos, da Carta Magna brasileira e, por conseguinte, da normatividade infraconstitucional derivada.

Em vista disso, a dignidade da pessoa humana e seus princípios derivados devem ter sua aplicabilidade no âmbito de qualquer atividade humana, inclusive durante as práticas voltadas à saúde, dentre as quais se encontra abrangida a assistência ao parto.

A CF/88 trouxe em seu art. 5º importantes exigências que o Estado deve observar com o objetivo de garantir a aplicabilidade do princípio da dignidade da pessoa humana, dentre elas a vedação em submeter qualquer pessoa a tratamento desumano ou degradante (inciso III) (NOBRE JÚNIOR, 2000). Reconheceu ainda no princípio da dignidade a prerrogativa de que todo ser humano deve ser respeitado como pessoa, sem ter sua existência prejudicada (na qual se inclui o direito à vida, à inviolabilidade corporal e à saúde), bem como poder fruir desse direito em um âmbito existencial próprio. “Adotar a dignidade da pessoa humana como valor básico do Estado democrático de direito é reconhecer o ser humano como o centro e o fim do direito. Essa prerrogativa é o valor máximo, constitucionalmente falando, o valor absoluto” (AWAD, 2006, p. 113).

⁷ Distocia: parto difícil no qual apesar de o útero contrair-se normalmente, o bebê não consegue passar pela bacia por estar bloqueado fisicamente. A distocia de ombro acontece quando o ombro não passa com facilidade pelo osso púbico (SIMÕES *et al.*, 2017).

⁸ “Sistema de avaliação dos recém-nascidos, usando-se critérios respiratórios, circulatórios e neurológicos que permite notas de zero a dez” (GUIMARÃES, 2002, p. 58).

⁹ Baixa irrigação sanguínea.



Entretanto, contrariando o que está previsto no inciso III, art. 5º de nossa Carta Magna, o que se nota é que durante a assistência à parturiente no modelo hospitalar dominante é que as mulheres devem viver o parto imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas, separada de seus parentes e de seus pertences (CIELLO *et al.*, 2012).

Aliado à prática tecnocrata que favorece a ocorrência de intervenções desnecessárias as quais interferem diretamente em uma assistência digna, Aguiar, d'Oliveira e Schraiber (2013) abordam ainda as questões de relação de poder que são constantemente exercidas nos hospitais:

Condutas violentas como o uso de jargões pejorativos, ameaças e reprimendas contra as pacientes no cotidiano da assistência em maternidades e negligência no manejo da dor são consideradas comuns e até consensuais entre os profissionais, que por vezes as confundem com o exercício da autoridade em um contexto “difícil”. Essas ações são forjadas por relações de gênero que sistematicamente (e historicamente) obstruem a comunicação e ação livres, interditam a sexualidade e desrespeitam os direitos da paciente (AGUIAR, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013, p. 2293).

Portanto, o modelo tecnocrático de assistência ao parto, associado às relações hierárquicas de poder e ao patriarcalismo, acarreta a violação de um direito basilar constitucional (a dignidade da pessoa humana), bem como de outros direitos dele derivados, como o direito à liberdade/autonomia, à integridade física, à saúde, à vida e à informação.



2.1.2 Da Liberdade e da Autonomia da Mulher

O direito à liberdade e à autonomia serão tratados no mesmo tópico, pois este é derivado daquele. Isso porque autonomia pode ser compreendida como um direito à liberdade de escolha.

O direito à liberdade é amplamente referido na Constituição da República e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 2009). Trata-se de um direito fundamental amplamente reconhecido e debatido no âmbito jurídico.

Na assistência obstétrica, a violação ao direito à liberdade é claramente caracterizada quando a mulher é impedida de caminhar durante o trabalho de parto e quando tem os pés e as mãos amarradas durante o parto normal e a cesárea, respectivamente (CIELLO *et al.*, 2012; SALGADO, NIY & DINIZ, 2013; PALMA & DONELLI, 2017).

Quanto ao direito à autonomia, este se encontra abarcado dentro do próprio conceito de violência obstétrica (VENEZUELA, 2007). O parto é um processo fisiológico e, assim sendo, a autonomia e o protagonismo da mulher devem ser respeitados para uma assistência adequada. Porém, o que se observa é que os profissionais da saúde adotam procedimentos que, além de não possuírem evidências científicas sólidas, ignoram qualquer participação da mulher quanto ao seu direito de decidir sobre seu próprio corpo (CIELLO *et al.*, 2012; MARIANI & NETO, 2016; COSTA & CHERON, 2017). E para garantir a efetivação adequada do direito à autonomia, é necessário, primeiramente, garantir às mulheres o direito à informação, pois somente com acesso a informações baseadas em evidências científicas é que se pode tomar decisões livre de qualquer viés de conveniência médica.



2.1.3 Do Acesso à Informação

Como já previamente debatido, historicamente o médico estabelece uma relação assimétrica com o paciente, no qual é detentor do conhecimento e todos os demais devem sujeitar-se a ele (FOUCAULT, 1979; PIMENTEL *et al.*, 2014). Essa relação assimétrica de poder constitui-se devido ao status de hierarquia do médico dentro dos serviços de saúde e ao patriarcalismo, já que, inicialmente, a profissão era eminentemente masculina (FOUCAULT, 1979; WOLFF & MOURA, 2004; PIMENTEL *et al.*, 2014; BARROS, RUVIARO &

RICHTER, 2017). Tomando proveito dessa relação de poder, o médico impõe suas vontades ao paciente, ainda que de forma sutil, já que como detentor do saber não será e não deve ser questionado.

Assim, no modelo de assistência obstétrica tecnocrático, o médico, apenas por conveniência, passou a decidir pela parturiente utilizando-se indiscriminadamente de intervenções sem evidências científicas, já que a mulher não possuiria conhecimento suficiente para decidir sobre como deveria se dar o atendimento ao parto (RATTNER, 2009; CIELLO *et al.*, 2012; VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2015).

Na contramão dessa situação, entretanto, a era da internet tem dificultado a perpetuação do médico como único detentor do saber sobre a saúde e doença. Apesar disso, grande parcela da população ainda confia neste profissional como verdadeiro “salvador”, que nunca tomaria uma decisão com objetivo de prejudicá-la ou apenas por conveniência pessoal. Porém, diversos estudos demonstram que, durante a assistência ao parto, o profissional aproveita-se da relação assimétrica com o paciente apenas com o objetivo de ter mais lucro, utilizando-se do menor tempo possível. Assim, omite ou distorce informações e perpetua mitos para fazê-las “decidir” da forma que mais lhe convém. Um reflexo dessa situação é a utilização excessiva de intervenções durante o parto normal e o alto índice de cesáreas no país (RATTNER, 2009; CIELLO *et al.*, 2012; DINIZ *et al.*, 2015; VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2015; PALMA & DONELLI, 2017).

Diante desse cenário aterrorizante, o direito à informação mostra-se essencial para que a mulher possa decidir de maneira legítima sobre seu parto. Dentro desse contexto, surgem diversas campanhas de caráter informativo por parte do Ministério



Público, Defensoria Pública e Conselho Nacional de Justiça (ALVES, 2018; DPMS, 2016; CNJ, 2017 e 2018), o que reflete a magnitude que esse tema alcançou no Brasil.

Além disso, têm-se realizado campanhas orientativas por parte organizações internacionais como, por exemplo, a Campanha “Quem espera, espera” lançada pelo UNICEF em 2017 com o objetivo de auxiliar o Brasil na garantia dos direitos de mulheres e crianças, desde os primeiros momentos de vida. Nesse documento há um estímulo às práticas de humanização do parto, que busca o respeito à mulher como protagonista do processo e o foco na saúde do bebê (UNICEF, 2017).

Porém, mesmo com todas essas iniciativas e apesar de se ter obtido algumas melhorias em certas áreas do país, de maneira geral a situação permanece ainda alarmante, e os médicos continuam utilizando-se de forma incisiva do poder a eles atribuído. Um retrato disso é o recente despacho emitido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a) que recomendou, de modo descabido, a abolição do termo violência obstétrica, apesar deste ser reconhecido internacionalmente. Entretanto, diversos órgãos, incluindo o Ministério Público Federal e o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil já se manifestaram contra esta recomendação do Ministério da Saúde (MPF, 2019; OAB NACIONAL, 2019).

O direito a informação, portanto, apresenta-se como um importante instrumento para possibilitar às mulheres o questionamento do modelo hegemônico de assistência ao parto no país e, conseqüentemente, contribuir para que este seja transformado de forma a garantir uma atenção respeitosa à gestante e à parturiente.



2.1.4 Da Integridade, da Saúde e da Vida

Os direitos à integridade, à saúde e à vida serão tratados conjuntamente por estarem intimamente relacionados. Conforme exposto anteriormente, diversas situações que se caracterizam como violência obstétrica acarretam um risco à integridade psicológica e física da mulher e, conseqüentemente um risco à sua saúde. Em casos extremos, até mesmo o direito à vida pode ser afetado.

As frases agressivas e humilhantes repetidamente proferidas pelos profissionais da saúde podem acarretar em um dano psicológico, tendo conseqüências negativas à saúde e ao bem-estar da mulher. Além disso, a utilização de intervenções como a episiotomia, a manobra de Kristeller, a ruptura artificial da bolsa, a cesárea desnecessária, entre outras, aumentam o risco de danos tanto para a mulher quanto para o bebê e, como resultado, pode ocorrer uma violação dos direitos à integridade, à saúde e à vida (CIELLO *et al.*, 2012; NOGUEIRA & SEVERI, 2016; GUEDES & BORGES, 2017; SERRA & VIANA, 2018). Essa situação

agrava-se mais ainda pelo fato de que muitas vezes tais intervenções são realizadas sem qualquer explicação à mulher e sem solicitar sua autorização.

A adoção indiscriminada de procedimentos que não são embasados em evidências científicas sólidas pode resultar em lesões corporais, dano à saúde e até mesmo na morte (tanto da mãe quanto do bebê) (OMS, 2018; GUEDES & BORGES, 2017; PALMA & DONELLI, 2017).

Diante do exposto, resta claro que se faz imprescindível e urgente a adoção de políticas públicas para melhorar a atenção obstétrica brasileira, objetivando-se melhorar os índices de morbimortalidade materna e neonatal.



3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM CAMPO GRANDE - MS: ANÁLISE DE CASOS CONCRETOS

Para investigação dos casos concretos, realizou-se um estudo analítico, transversal, quantitativo com mulheres que tiveram filhos no período de 2016 a 2019 no município de Campo Grande – MS (pesquisa de campo), com objetivo de identificar os procedimentos e formas de tratamento que acarretaram em violação dos direitos da mulher durante a assistência ao parto e pós-parto imediato (durante a permanência no serviço de saúde).

O cálculo da amostra foi realizado com base na prevalência de 25% de violência obstétrica encontrada em estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo e Sesc (2010) e no número de nascidos vivos em Campo Grande - MS no período de 2014 a 2016 (BRASIL, 2017a). Para um intervalo de confiança de 95%, a amostra total seria de 287 indivíduos.

No período de dezembro de 2018 a março de 2019 foram convidadas a participar do estudo mulheres maiores de 18 anos e sem qualquer prejuízo de sua capacidade civil e intelectual que tiveram filhos em Campo Grande no período de janeiro de 2016 a março de 2019. As participantes foram selecionadas de forma aleatória, caracterizando amostragem por conveniência. A coleta de dados foi realizada de duas formas:

1. Por meio eletrônico, através do formulário disponibilizado na plataforma *Google Forms*, onde responderiam a um questionário estruturado (APÊNDICE A).
2. Por meio físico, no qual as mulheres eram convidadas em cinco Unidades de Saúde Pública de quatro diferentes regiões do município de Campo Grande – MS, conforme agenda das referidas unidades, nos dias de consultas de puericultura e pediatria.

Para ter acesso ao questionário *on-line*, a participante deveria primeiramente ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *on-line* (TCLE) (Apêndice C) e, para isso, deveria realizar *login* no sítio violenciaobstetrica.wix.com/campogrande, por meio do *facebook*, conta do *google* ou registrando-se com um e-mail válido. Dessa forma, foi possível garantir a identidade do indivíduo que acessou o site, sendo registrado seu acesso. Após esse procedimento, poderia concordar ou não em participar da pesquisa, selecionando um dos botões disponíveis ('concordo' ou 'não concordo'). Caso concordasse, era redirecionada para o formulário do *Google Forms* onde foi inserido o questionário. A participante poderia ainda salvar ou imprimir uma via do TCLE assinado pela pesquisadora responsável.



Foram utilizadas mídias sociais para divulgação do questionário *on-line*.

Para atingir populações sem acesso à internet ou com pouco acesso, foi aplicado o questionário físico em locais onde há atendimentos de gestantes e puérperas em Campo Grande – MS (Unidades Públicas de Saúde), com prévia autorização da Secretaria Municipal de Saúde Pública (ANEXO B). A seleção das participantes nas Unidades de Saúde a coleta foi realizada conforme cronograma de atendimento de gestantes e puérperas em cada Unidade.

Todas as participantes foram orientadas sobre a importância, objetivos, riscos e benefícios da participação no estudo, assim como sobre a liberdade de sair do mesmo a qualquer momento. Para aquelas que desejavam participar foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura (Apêndice B). Foi entregue a cada participante uma via do TCLE assinada pela pesquisadora responsável.

Para melhor aplicabilidade do questionário físico entre mulheres de baixa escolaridade as perguntas foram realizadas por meio de conversa explicativa em local reservado, de forma a manter o sigilo das informações. Durante a conversa explicativa, foi apresentado a participante o conceito de violência obstétrica e foi feita a leitura de cada pergunta do questionário para esclarecimento de dúvidas.

Ainda, foi disponibilizado atendimento psicológico às participantes. Assim, a enfermeira responsável pela aplicação do questionário realizava avaliação sobre uma possível necessidade de orientação psicológica e posterior encaminhamento.

Os dados dos questionários foram incluídos e analisados em programa estatístico Epi Info versão 7.2.2.6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA), onde foi verificada a frequência de cada evento. Os testes de χ^2 , χ^2 para tendência, exato de Fisher e *t* de *student* foram utilizados quando apropriados. Foram considerados estatisticamente significantes valores de $p \leq 0,05$.

Para a caracterização da ocorrência de violência obstétrica, as questões referentes ao atendimento durante o parto e pós-parto imediato foram analisadas com base no disposto no art. 3º da Lei Estadual nº. 5217, de 26 de junho 2018 (MATO GROSSO DO SUL, 2018), combinado com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016a) e com as recomendações de cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva da OMS (OMS, 2018).

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da UFMS e aprovado sob o número de parecer 3.096.702, CAAE 0281.0.049.000-11 em 19 de dezembro de 2018 (ANEXO A).

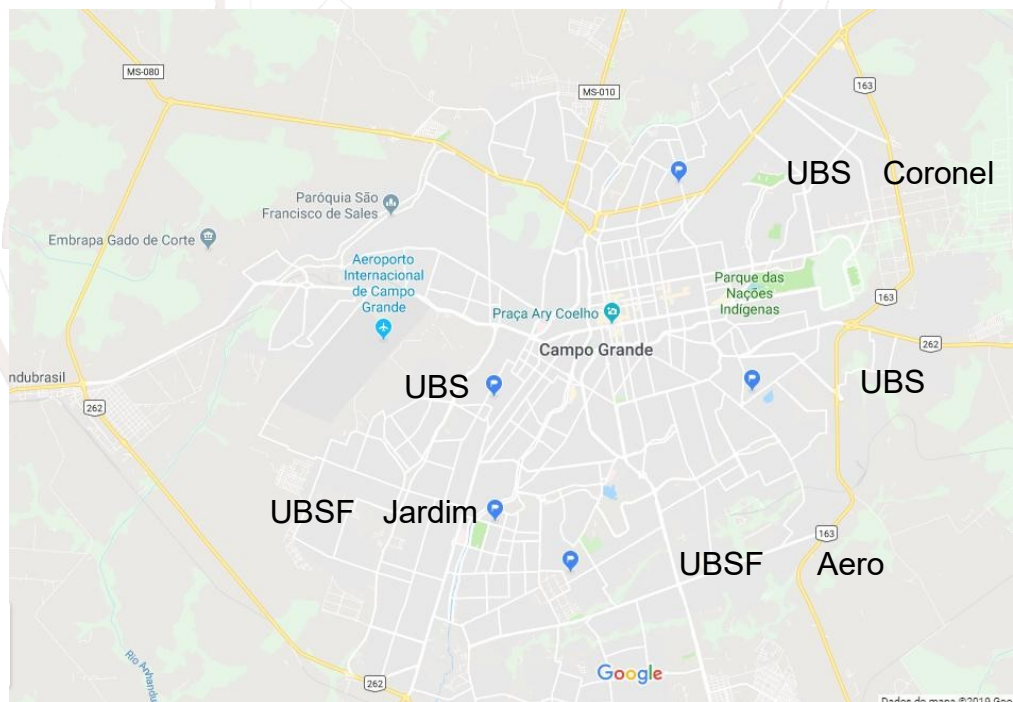


3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS NO MUNICÍPIO

Participaram do estudo 305 mulheres com idade entre 18 e 43 anos, média de 28,7 anos e mediana de 28,6 anos. A coleta de dados física foi realizada em cinco Unidades de Saúde Pública (Figura 11) de quatro diferentes regiões de saúde do município de Campo Grande – MS (Bandeira, Segredo, Anhanduizinho e Lagoa). A coleta foi realizada em diversas regiões com o objetivo de demonstrar um panorama mais fidedigno da assistência prestada nas diversas maternidades do município, conforme mapa de vinculação de gestante existente em Campo Grande - MS.

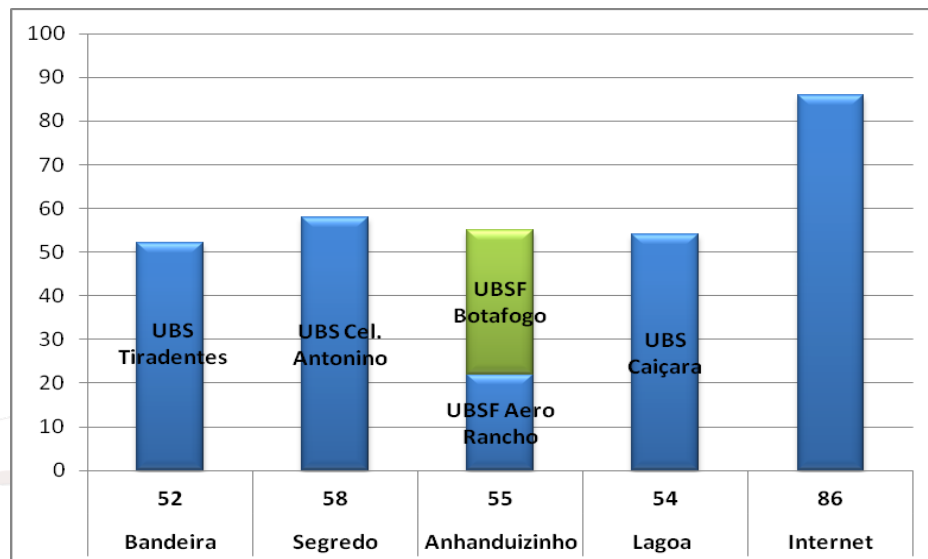
A Figura 12 demonstra a quantidade de coletas conforme Unidade de Saúde, Região de saúde e quantidade de coletas realizadas pela internet.

Figura 11 – Localização das Unidades de Saúde Pública onde foram realizadas as coletas de dados, Campo Grande – MS (2019).



Fonte: Google Maps.

Figura 12 – Distribuição das coletas de dados conforme Unidade de Saúde, Região de saúde e quantidade de coletas realizadas pela internet, Campo Grande – MS (2019).



As mulheres que participaram do estudo responderam a uma série de perguntas objetivas que poderiam caracterizar a ocorrência de violência obstétrica. Além das perguntas objetivas, havia perguntas que permitiam à participante relatar situações que não lhes agradaram durante o atendimento ao parto e pós-parto imediato (desnecessárias, dolorosas ou humilhantes) e ao final era possível também descrever outras situações que ela considerasse violência obstétrica. Tais respostas/depoimentos, por serem muitos e extensos constam no ANEXO C. As falas das mulheres foram transcritas de forma que permitisse seu melhor entendimento na língua escrita, conservando sempre o sentido do que foi dito. Quanto às respostas enviadas pela internet, manteve-se a escrita das mulheres, sendo feitas apenas correções ortográficas e de pontuação, de forma a permitir um melhor entendimento dos depoimentos.



A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas das participantes do estudo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=305).

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
18 a 23 anos	74	24,3
24 a 29 anos	102	33,4
30 a 35 anos	88	28,8
≥ 36 anos	37	12,1
Sem informação		
(4)		
Estado Civil		
Casada	162	53,1
Solteira	57	18,7
Amasiada	79	25,9
Separada	6	2,0
Sem informação (1)		
Naturalidade		
Mato Grosso do Sul	248	81,3
Outros estados/países	55	18,0
Sem informação (2)		
Raça/Cor		
Parda	148	48,5
Branca	118	38,7
Negra	27	8,8
Amarela	7	2,3
Indígena	5	1,6
Renda Familiar per capita		
≤250 reais	49	16,1
251 a 500 reais	86	28,2
501 a 750 reais	50	16,4
751 a 1000 reais	32	10,5
>1000 reais	77	25,2
Sem informação (11)		
Instrução^a		
Ensino Fundamental	38	12,5
Ensino Médio	144	47,2
Ensino Superior	106	34,7
Pós-graduação	16	5,2
Sem informação (1)		

^aForam incluídos indivíduos que completaram ou não o referido nível de instrução.

As informações sobre o local do parto, número de gestações, tipo de parto desejado no início da gestação e tipo de parto encontram-se na Tabela 2.



Tabela 2 – Informações sobre o local do parto, número de gestações, parto desejado e tipo de parto das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=305).

Variáveis	N	%
Local do Parto		
Hospital Público (SUS)	230	75,4
Hospital Privado	74	24,2
Domiciliar	1	0,3
Número de gestações		
1	127	41,6
2	104	34,1
3	54	17,7
4 ou mais	16	5,2
Sem informação (4)		
Parto desejado no início da gestação		
Normal	208	68,2
Cesárea	96	31,5
Sem preferência	1	0,3
Tipo de parto		
Normal	134	43,9
Cesárea eletiva	129	42,3
Cesárea de emergência	42	13,8

A ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante o trabalho de parto encontra-se na Tabela 3. Na referida tabela constam apenas as mulheres que entraram em trabalho de parto e foi realizada tentativa de parto normal, ainda que, posteriormente, tenham sido encaminhadas para cesárea.

Observou-se, durante a aplicação do questionário, que com relação à tricotomia, esta somente não ocorreu com maior frequência porque muitas mulheres relataram que já iam depiladas para maternidade.



Tabela 3 – Ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante o trabalho de parto das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande – MS, 2019 (n=167).

Situação	N	%
Lavagem Intestinal		
Sim	5	3,0
Não	160	95,8
Sem informação (2)		
Tricotomia		
Sim	20	12,0
Não	147	88,0
Exame de toque excessivo		
Sim	33	19,8
Não	133	79,6
Sem informação (1)		
Privacidade violada		
Sim	33	19,8
Não	134	80,2
Rompimento artificial da bolsa		
Sim	52	31,1
Não	107	64,5
Sem informação (8)		
Episiotomia (n=136)^a		
Sim	41	30,1
Não	96	70,6
Sem informação (1)		
Uso de ocitocina sintética		
Sim	55	32,9
Não	108	64,7
Sem informação (4)		
Procedimentos para treinar estudantes		
Sim	34	20,4
Não	131	78,4
Sem informação (2)		
Manobra de Kristeller		
Sim	28	16,8
Não	133	79,6
Sem informação (6)		
Pode caminhar durante o trabalho de parto		
Sim	150	89,8
Não	17	10,2
Permitiram escolher a posição para parir (n=136)^a		
Sim	53	39,0
Não	83	61,0



Continuação

Situação

Puxos dirigidos

Sim	39	23,3
Não	124	74,2
Sem informação ou não se aplica (4)		

Proibição de alimentação ou beber líquidos

Sim	64	38,3
Não	91	54,5
Sem informação ou não se aplica (12)		

Uso de fórceps ou vácuo extrator (n=136)^a

Sim	5	3,7
Não	130	95,6
Sem informação ou não se aplica (1)		

^aO número de participantes foi reduzido nessas três situações, pois 31 mulheres não tiveram dilatação total e não chegaram ao período expulsivo¹⁰ e, por isso, tais situações não se aplicam nesses casos.

¹⁰ Terceira fase do parto, quando já há dilatação total e acontece o nascimento do bebê.



Quanto à ocorrência de exame de toque de forma excessiva (foi considerado excessivo mais de um por hora), algumas mulheres descreveram a situação nos depoimentos nº 59, 168 e 194 (ANEXO C). Além disso, 12 mulheres relataram que o exame de toque era excessivamente doloroso, situação descrita nos depoimentos nº 154 e 168.

A Figura 13 descreve as situações relatadas pelas que mulheres sentiram suas privacidades violadas durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto. A principal queixa foi a presença de várias pessoas na sala (estudantes, profissionais da saúde, pacientes e acompanhantes) durante a realização de procedimentos e durante o parto, sem que houvesse qualquer anteparo para resguardar sua privacidade (69,7%). A segunda principal queixa foi a realização de procedimentos e da assistência ao parto durante o expulsivo com a porta aberta (12,1%).

Quando houve a ocorrência de episiotomia, a mulher foi questionada também se esse procedimento, bem como a episiorrafia (sutura do corte) foram realizados após aplicação de anestesia local. Além disso, quando as mulheres tinham sido submetidas à episiotomia também eram questionadas se posteriormente sentiram ou ainda sentem desconforto durante arelação sexual (dispareunia) (Figura 14).

Figura 13 – Situações relatadas pelas mulheres que sentiram suas privacidades violadas durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=33).

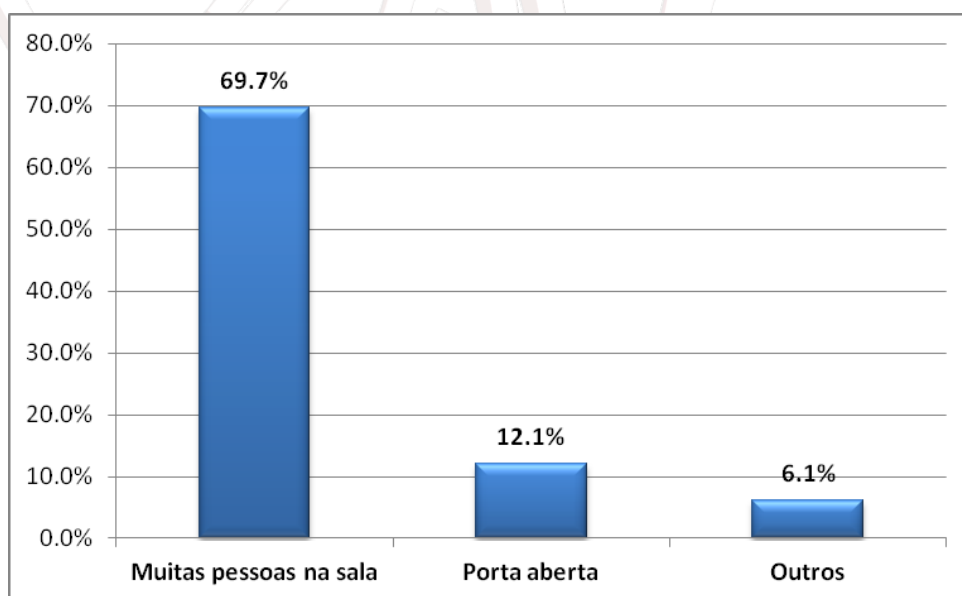
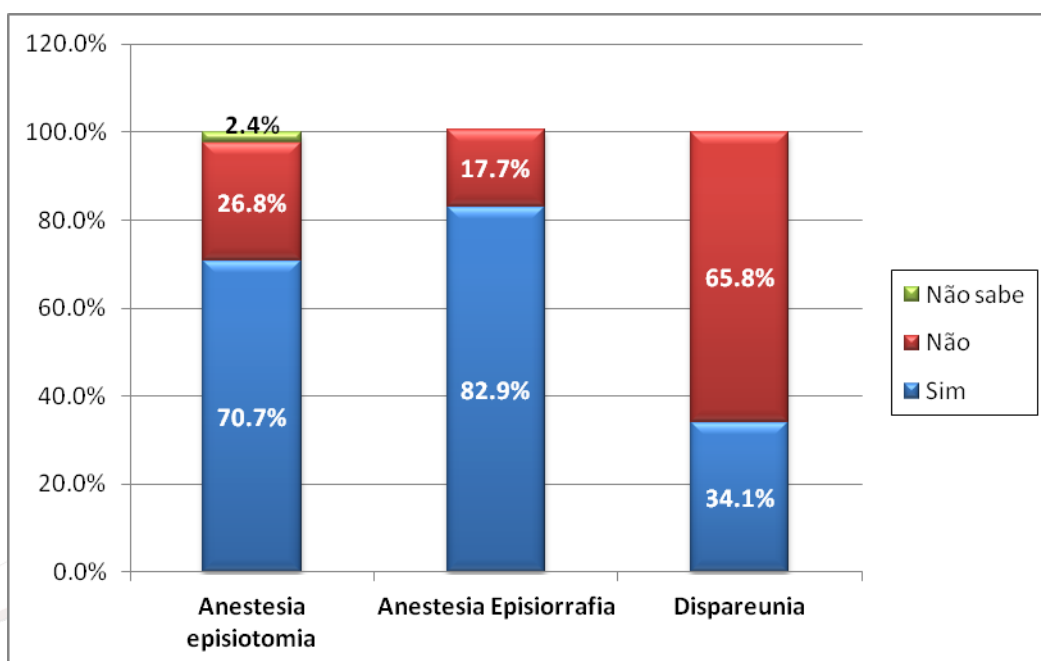


Figura 14 – Situações relacionadas à episiotomia das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=41).



Na Figura 14 verifica-se que 34,1% das mulheres que foram submetidas à episiotomia sentiram ou ainda sentem desconforto durante a relação sexual. No entanto, dentre as mulheres que tiveram laceração natural (32), a dispareunia foi relatada por apenas 5 mulheres (13,5%), o que foi estatisticamente significativo ($p^{11} < 0,05$, OR¹²-IC 95%¹³: 3,78 (1,17-12,22)). Das mulheres que sofreram laceração natural e tiveram dispareunia, é possível que essa tenha sido potencializada (maior lesão), pois, conforme os relatos, duas foram submetidas à manobra de Kristeller, outras duas tiveram puxos dirigidos e três não puderam escolher a posição para parir.

Ainda quanto à episiotomia, os depoimentos de nº 121, 127 e 210 (ANEXO C) descrevem a insatisfação e sequelas deixadas nas mulheres submetidas a esse procedimento.

A Figura 15 apresenta os principais procedimentos realizados com o objetivo de treinar estudantes.

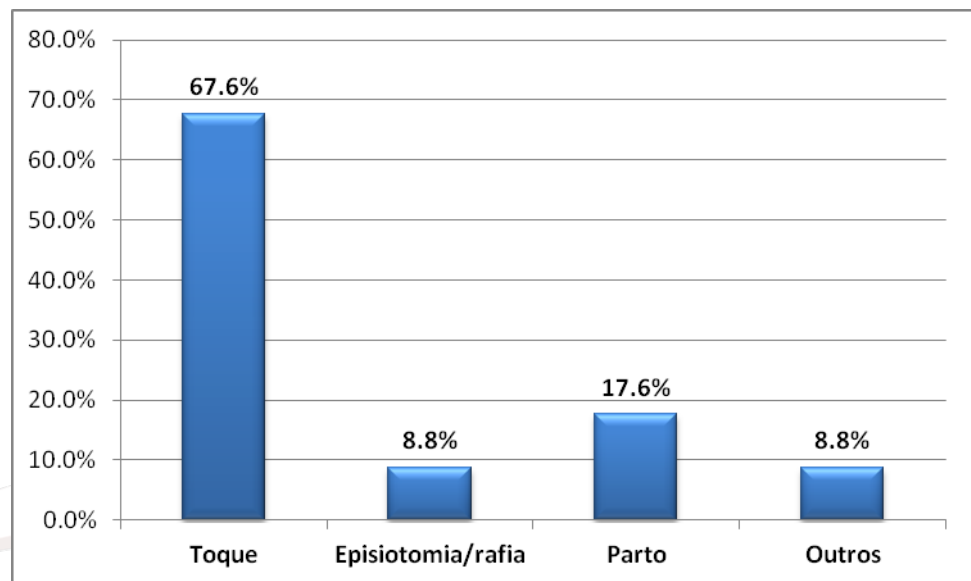
¹¹ p : qui-quadrado (Teste que avalia quantitativamente a relação entre o resultado de um experimento e a distribuição esperada para o fenômeno).

¹²OR: *odds ratio* (razão entre a chance de um evento ocorrer em um grupo e a chance de ocorrer em outro grupo).

¹³ IC: intervalo de confiança de 95%.



Figura 15 – Procedimentos realizados com o objetivo de treinar estudantes em mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=34).



A ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante a cirurgias cesariana encontra-se na Tabela 4.



Tabela 4 – Ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante a cirurgia cesariana em mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande – MS, 2019 (n=171).

Situação	N	%
Início do procedimento antes do efeito da anestesia		
Sim	10	5,8
Não	161	94,1
Manobra de Kristeller		
Sim	46	26,9
Não	118	69,0
Sem informação (7)		
Conversas paralelas sobre outros assuntos		
Sim	63	36,6
Não	101	59,1
Sem informação (7)		
Contenção das mãos, impedindo de tocar o bebê		
Sim	65	38,0
Não	100	58,5
Sem informação (6)		

No que se refere à Manobra de Kristeller, ocorrida tanto em partos normais quanto em cesarianas, algumas mulheres relataram que ficaram com dor vários dias após serem submetidas ao procedimento (depoimentos 23, 31, 69, 72, 87, 88, 171). Além disso, houve um relato de fratura de clavícula do filho de uma mulher que foi submetida a manobra (depoimento nº 295).

Ocorreram ainda outras situações que não se encontravam dentro das questões objetivas do questionário, mas que também estão relacionadas à ocorrência de violência obstétrica, como a tentativa de acelerar o processo de dilatação natural do colo do útero forçando manualmente (depoimentos nº 14 e 284),

A partir daqui serão apresentadas situações que podem ter ocorrido no parto normal ou na cesariana, bem como no pré e pós-parto imediato. Assim, a Tabela 5 retrata a ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante a permanência da mulher no serviço de saúde.



Quanto às situações apresentadas na Tabela 5 sobre tratamento grosseiro, agressivo, recriminador ou com deboche, essas podem ser também caracterizadas em diversos depoimentos constantes no ANEXO C. Nos depoimentos há também descrição de diversas situações onde as mulheres foram tratadas com descaso e houve recusa no atendimento ao parto e pós-parto.

Tabela 5 – Ocorrência de situações relacionadas à violência obstétrica durante a permanência no serviço de saúde em mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande – MS, 2019 (n=305).

Situação	N	%
Tratamento agressivo, grosseiro ou com deboche		
Sim	62	20,3
Não	242	79,3
Sem informação (1)		
Recriminação ou zombaria devido ao medo, choro, vergonha e dúvidas		
Sim	31	10,2
Não	272	89,2
Sem informação (2)		
Recriminação ou zombaria devido à característica ou atofísico		
Sim	10	3,3
Não	292	95,7
Sem informação (3)		
Falta de esclarecimento de dúvidas		
Sim	42	13,8
Não	258	84,6
Sem informação (5)		



Continuação

Situação	N	%
Tratamento de forma inferior, com nomes e comandos infantilizados		
Sim	152	49,8
Não	152	49,8
Sem informação (1)		
Recusa no atendimento ao parto ou pós-parto		
Sim	33	10,8
Não	268	87,9
Sem informação (4)		
Restrição ao direito à acompanhante durante o período de pré-parto, parto e pós-parto		
Sim	26	8,5
Não	266	87,2
Sem informação (13)		
Isolamento da mulher do “mundo exterior”		
Sim	57	18,7
Não	245	80,3
Sem informação (3)		
Procedimentos realizados sem autorização		
Sim	67	22,0
Não	237	77,7
Sem informação (1)		
Procedimentos realizados sem prévia explicação		
Sim	44	14,4
Não	259	84,9
Sem informação (2)		
Impedimento do contato pele a pele com o bebê logo após o parto		
Sim	84	27,5
Não	181	59,3
Sem informação ou não se aplica ^b (40)		
Separação da mãe e do bebê após a transferência para o alojamento/quarto		
Sim	17	5,6
Não	267	87,5
Sem informação ou não se aplica ^b (21)		
Impedimento da amamentação por livre demanda		
Sim	19	6,2
Não	263	86,2
Sem informação ou não se aplica ^b (23)		

^bNão se aplica: situações em que a mulher, o bebê ou ambos necessitaram de cuidados especiais.



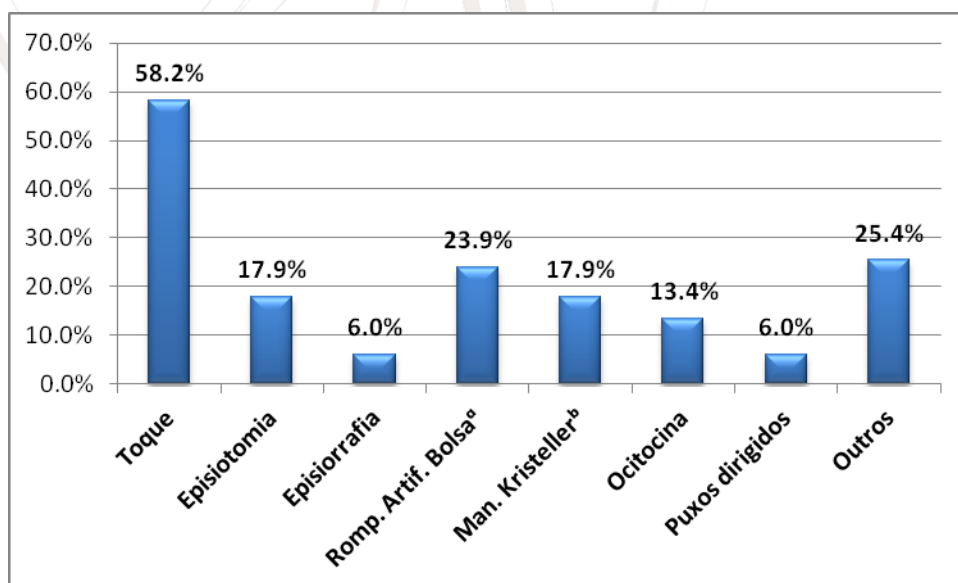
No que se refere ao tratamento infantilizado, todas as mulheres que responderam sim a esta pergunta (no questionário físico) informaram que eram constantemente chamadas de “mãezinha” e não pelo nome.

Quanto à presença de um acompanhante de escolha da mulher, verificou-se que 4 mulheres (1,3%) foram totalmente privadas e outras 22 mulheres (7,2%) relataram que tiveram um acompanhante, mas sua permanência foi apenas parcial, já que não foi permitido que este ficasse junto da mulher durante todo o período de pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Com relação à questão referente à restrição de contato com o “mundo exterior” a principal queixa das mulheres era a proibição do uso de celular, sendo que muitas informaram que havia avisos na maternidade informando acerca de tal proibição.

Quando as mulheres foram questionadas com relação a procedimentos realizados sem prévia autorização e sem prévia explicação adequada, caso a resposta fosse afirmativa, essas também eram questionadas sobre quais foram tais procedimentos. A Figura 16 apresenta os principais procedimentos que foram realizados sem prévia autorização da mulher e a Figura 17 os que foram realizados sem antes explicar de forma clara sua necessidade.

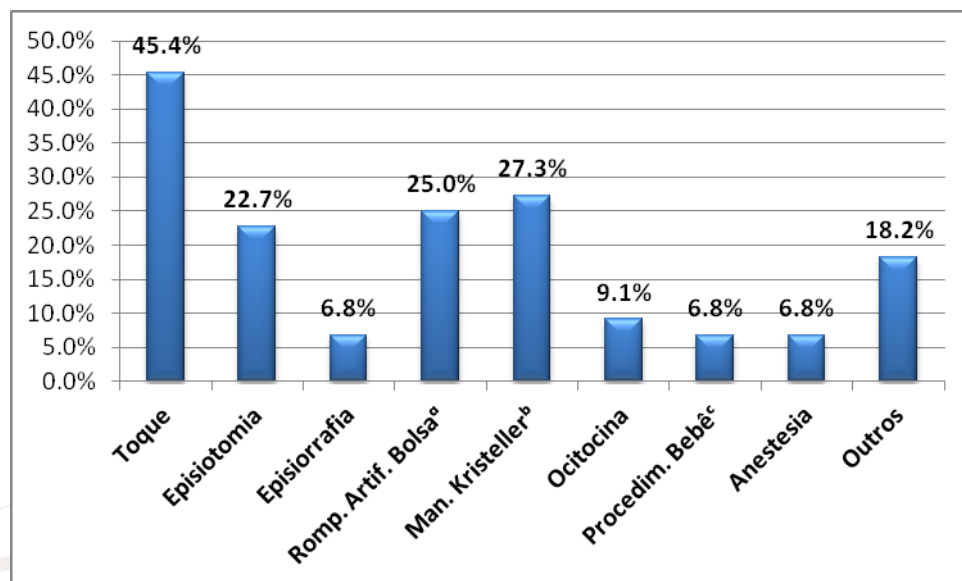
Figura 16 – Procedimentos que foram realizados sem prévia autorização das mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=67).



ªRompimento artificial da bolsa. ºManobra de Kristeller.



Figura 17 – Procedimentos que foram realizados sem prévia explicação às mulheres que tiveram filhos entre janeiro/2016 e março/2019, Campo Grande-MS, 2019 (n=44).



ªRompimento artificial da bolsa. ºManobra de Kristeller. °Procedimentos com o bebê.

Em relação à separação da mãe e bebê sem necessidade após o parto, diversos depoimentos, constantes no ANEXO C, demonstram o sentimento das mulheres quanto a essa situação.

Após a análise das respostas constantes do questionário, nas quais era possível identificar diversas práticas já definidas como violência obstétrica, constatou-se em 85,9%

(262) dos casos a ocorrência desta. Entretanto, dentre as participantes apenas 59 (19,3%) reconheceram que sofreram violência obstétrica, 231 (75,7%) afirmaram que não sofreram e 15 (4,9%) não sabiam ou não responderam.

A Tabela 6 apresenta a análise univariada dos fatores de risco para ocorrência de violência obstétrica.

Na análise univariada dos fatores de risco, com intervalo de confiança de 95%, as variáveis que foram significativamente associadas à ocorrência de violência obstétrica foram: ter sido atendida pelo SUS, ter renda familiar *per capita* menor ou igual a 500 reais, ser de raça/cor negra, parda ou indígena e ter nível de instrução menor ou igual ao ensino médio.



Tabela 6 – Análise univariada de potenciais fatores de risco para ocorrência da violência obstétrica, Campo Grande - MS, 2019 (n=305).

Variável	VO*		OR** (IC 95%***)	P
	al ^a	Tot (%)		
Local de Atendimento				
Particular ou convênio	213/231	92,2	1,00	
SUS	48/74	64,7	6,82 (3,43-13,55)	<0,0001
Renda Familiar per capita				
> 500 reais	128/135	94,8	1,00	
≤ 500 reais	124/159	78,0	5,16 (2,21-12,05)	<0,0001
Raça/cor				
Branca/Amarela	99/125	79,2	1,00	
Negra/Parda/Indígena	163/180	90,6	2,51 (1,3-4,87)	<0,01
Escolaridade^b				
Ensino superior	90/122	68,2	1,00	
Ensino médio	134/144	93,1	4,76 (2,23-10,17)	<0,0001
Ensino fundamental	37/38	97,4	2,76 (0,34-22,27)	0,54
Tipo de parto				
Cesárea	152/171	88,9	1,00	
Normal	110/134	82,1	0,57 (0,30-1,10)	0,12

*VO: Violência Obstétrica. **OR: *odds ratio*; ***IC: intervalo de confiança de 95%.
^aDenominador reflete o número de respostas válidas. ^bForam incluídos indivíduos que completaram ou não o referido nível de instrução.



3.2 DIREITOS FUNDAMENTAIS VIOLADOS

Após análise dos resultados, serão abordados nesse tópico os possíveis direitos fundamentais das mulheres que foram violados durante a assistência ao parto e pós-parto imediato.

Conforme Diniz e Chacham (2006, p. 81): “As mulheres brasileiras podem ser divididas entre o grupo das 30% mais abastadas, que possuem algum tipo de seguro-saúde privado, e as 70% mais pobres, que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Portanto, o presente estudo, no qual 75,4% das entrevistadas foram atendidas pelo SUS, é bastante semelhante à realidade brasileira, podendo ser capaz de representar a situação assistência ao parto prestada à população.

A taxa de partos normais encontrada no estudo (43,9%) é bastante semelhante à taxa registrada no município de Campo Grande – MS em 2016, que foi de 41,1% (BRASIL, 2016b), contrariando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2015) de que 85% a 90% dos partos sejam normais. A taxa elevada de cesarianas no município e no Brasil como um todo pode ser entendida como um reflexo da falta de acesso à informação das mulheres durante o pré-natal. Além disso, a cirurgia cesariana ainda é comumente realizada por conveniência médica, já que não existe justificativa para mulheres ou bebês serem submetidos a este procedimento, sem que este seja realmente necessário (OMS, 2015).

Portanto, nota-se a ocorrência de uma violação ao direito de informação, garantia fundamental prevista na Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Apesar dos esforços do Ministério da Saúde e de outros órgãos governamentais e não governamentais de incentivo ao parto normal, o que se verifica é que as medidas adotadas ainda não foram capazes de sensibilizar a sociedade de forma efetiva para melhorar tais índices. Trata-se de um investimento a longo prazo que depende especialmente de esforços dos profissionais da saúde envolvidos na assistência à gestante e à parturiente. Entretanto, interesses pessoais desses profissionais apresentam-se como um empecilho para efetivação deste direito, já que, por serem “detentores” do conhecimento, utilizam-se do poder gerado por meio dessa relação assimétrica médico x paciente para manipular informações apenas com o objetivo de “facilitar” seu trabalho, sem, no entanto, embasar-se em evidências científicas (PIMENTEL *et al.*, 2014; RATTNER, 2009).



Além disso, ao analisarmos o desejo da mulher no início da gestação sobre o tipo de parto, 68,2% das participantes informaram que tinham preferência pelo parto vaginal. Assim, verifica-se que este dado é bastante semelhante ao encontrado no Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (Nascer no Brasil), no qual 66% das mulheres informaram preferir o partonormal no início da gestação (LEAL *et al.*, 2011-12). Portanto, nota-se que o direito de autonomia da mulher também é furtado nessa situação, já que suas escolhas iniciais geralmente não são respeitadas.

Ainda sobre o direito à autonomia, ressaltamos que não é possível realizar uma escolha consciente sobre o tipo de parto sem o acesso adequado à informação, tratando-se, portanto, de direitos interdependentes. O direito à autonomia pode ser entendido como elemento do direito à liberdade, garantia fundamental constante no art. 5º da Constituição Federal. Alecrim, Silva & Araújo (2014, p. 160) discorrem no artigo “Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal” sobre a correlação entre liberdade e autonomia:

Para se falar em autonomia, há que se verificar se existe liberdade de pensamento, sem coações internas ou externas. Se não existir possibilidade de escolha, não se pode falar em liberdade e, por conseguinte, não existe autonomia. Deste modo, a autonomia nada mais é que uma liberdade moral, conferida a todos e que deve ser respeitada.

Assim, podemos entender a manipulação de informações praticada pelos profissionais da saúde com o objetivo de induzir a mulher a “optar” por uma cirurgia cesariana, como uma forma sutil de coação externa, interferindo, portanto, em sua liberdade de escolha.

Após essa breve discussão acerca da violação do direito à informação e do direito à liberdade/autonomia, analisaremos as práticas adotadas pelos profissionais da saúde durante o parto e pós-parto imediato. Primeiramente, far-se-á uma análise sobre as práticas adotadas durante o parto normal e tentativas de parto normal frustradas que resultaram em cesariana que foram apresentadas na Tabela 3 e, posteriormente, sobre as práticas adotadas durante a cesárea (Tabela 4).

Quanto às práticas adotadas durante o trabalho de parto, verifica-se na Tabela 4 que ainda são realizados procedimentos que por si só são considerados violência obstétrica, já que não existe qualquer evidência científica que justifique sua utilização (OMS, 2018; MATO GROSSO DO SUL, 2018), como no caso da lavagem



intestinal e da tricotomia (raspagem de pelos pubianos), que foram relatados por 3,0% e 12,0% das mulheres, respectivamente.

Quanto ao exame de toque, este não é considerado violência obstétrica, porém não há justificativa para que esse seja feito em excesso, como ocorreu em 19,8% dos casos (mais de um por hora). A Organização Mundial da Saúde (2018) e a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a) recomendam que os exames de toque para verificar e evolução da dilatação do colo uterino seja realizado apenas de 4 em 4 horas.

Exames de toque em excesso ou dolorosos são considerados uma violação de caráter sexual, sendo entendido como um desrespeito ao direito à intimidade (CIELLO *et al.*, 2012; GUEDES & BORGES, 2017).

O sentimento de violação de privacidade durante a assistência ao parto foi relatado ter sido vivenciado por 19,8% das mulheres, sendo descritas situações como: presença de diversas pessoas (estudantes, outras gestantes e acompanhantes, profissionais da saúde) na sala durante a realização de procedimentos e durante o expulsivo e procedimentos realizados com as portas abertas.

A presença de diversas pessoas ao redor durante o trabalho de parto e parto e durante realização procedimentos (como o exame de toque) traz um significativo constrangimento às parturientes, deixando-as mais nervosas e contraídas, interferindo na evolução do parto. Trata-se de uma forma de violência psicológica que viola o direito fundamental à privacidade e a um tratamento digno (WOLFF & WALDOW, 2008). Além disso, o serviço de saúde deve “propiciar um ambiente tranquilo à mulher na hora do parto, respeitando sua privacidade”, conforme recomenda o UNICEF (2017) e a OMS (2018).

No que se refere ao rompimento artificial da bolsa (amniotomia), a taxa encontrada no presente estudo foi de 31,1%. A recomendação da OMS (2018) é que esse procedimento não seja realizado rotineiramente e deve ser especialmente evitado no início do trabalho de parto já que aumenta o risco de prolapso de cordão. Portanto, tal procedimento, se realizado de maneira e em momento inadequado gera um risco desnecessário à saúde e integridade da mulher e do bebê, podendo caracterizar a violação dos direitos à integridade, à saúde e em casos mais extremos à vida, pois o prolapso de cordão é uma situação de emergência obstétrica que pode levar à morte fetal pela falta de oxigenação (COSTA, 2007; BRASIL, 2016a).



Com relação à episiotomia, verifica-se na Tabela 4 que esta foi realizada em 30,1% dos partos normais. As recomendações da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a) e, mais recentemente da OMS (2018), preconizam que a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira e liberal. Além disso, tem-se demonstrado que a episiotomia sequer é necessária quando a assistência ao parto é realizada de forma adequada, sendo até mesmo sugerida a abolição do seu uso (AMORIM *et al.*, 2017).

Ademais, esse procedimento tem sido classificado como uma forma de mutilação do genital feminino e, quando é realizado sem o consentimento da gestante é considerado lesão corporal (MARIANI & NETO, 2016; CIELLO *et al.*, 2012). A falta de consentimento para realizar a episiotomia foi relatada por 29,2% das mulheres submetidas a esse procedimento. O depoimento nº 210 (ANEXO C) retrata muito bem a ocorrência da mutilação genital em uma mulher que participou da pesquisa:

Fizeram 2 cortes (episiotomia), um embaixo e um em cima, tenho sequelas até hoje. Está aberto até hoje (1 ano e 7 meses depois), tipo um alargador de orelha.

Ainda com relação à mutilação genital, 34,1% das mulheres que foram submetidas à episiotomia relataram que sentem ou sentiram desconforto durante a relação sexual após esse procedimento. Portanto, nota-se uma interferência direta nos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Além disso, a realização da episiotomia e da episiorrafia sem aplicação de anestesia local foi relatado por 26,8% e 17,7% das mulheres submetidas a esses procedimentos, respectivamente. As mulheres, portanto, foram submetidas a um tratamento doloroso totalmente desnecessário, caracterizando uma violação ao direito a um atendimento digno.



Quanto ao uso de ocitocina sintética, este foi apontado por 34,2% das participantes do estudo. Conforme a OMS (2018), o uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado. Entretanto, verifica-se que houve um índice significativo do uso de ocitocina sintética, procedimento que acarreta em aumento do número de contrações e consequente aumento da dor. Ademais, a utilização dessa substância acarreta um aumento do risco de sofrimento fetal e ruptura uterina (SIMPSON & JAMES, 2008; SOUZA *et al.*, 2010; GU *et al.*, 2016). Portanto, o uso de ocitocina sintética de forma indiscriminada caracteriza uma violação dos direitos à autonomia da mulher, à saúde e a um atendimento digno.

Trinta e quatro participantes do estudo (20,4%) relataram que foram submetidas a procedimentos apenas com o objetivo de treinar estudantes, sendo a maior parte dos relatos referentes à realização de exames de toque (67,6%), frequentemente realizados sem consentimento e logo após a mesma prática ser realizada por outro profissional. Submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes é considerado uma violência obstétrica, especialmente quando estes são realizados sem o consentimento da mulher (MATO GROSSO DO SUL, 2018). Os direitos à saúde, à intimidade e à dignidade da mulher não podem ser desprezados apenas para satisfazer as necessidades do ensino.

Quanto à manobra de Kristeller, procedimento no qual o fundo do útero é pressionado, este foi relatado por 16,8% das participantes que tiveram ou tentaram um parto normal. Tal procedimento é proscrito há vários anos e não existe evidência científica que justifique sua realização, já que pode resultar em lesões corporais, tanto na mãe quanto no bebê e até mesmo a morte (OMS, 2018; GUEDES & BORGES, 2017; PALMA & DONELLI, 2017). Inclusive,

houve um relato de fratura de clavícula de um bebê cuja mãe foi submetida a esse procedimento (depoimento nº 295). Portanto, trata-se de uma grave violação do direito à saúde, à integridade física e à vida. Importante destacar ainda que, em 2016, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) vedou a participação de profissionais de enfermagem na realização deste procedimento, visto que as evidências científicas demonstram a ineficiência desta prática e não recomendam sua utilização (COFEN, 2016).



Dentre as mulheres que entraram em trabalho de parto (mesmo que depois tenham sido submetidas à cesariana), 10,2% relataram que foram impedidas de caminhar durante o trabalho de parto. Essa situação caracteriza uma violação ao direito de liberdade e de locomoção, previstos no rol de direitos fundamentais da Constituição Federal (1988). Não existe justificativa médica para que as mulheres sejam impedidas de caminhar durante o trabalho de parto e, muito pelo contrário, estudos demonstram que o ato de deambular auxilia na evolução do trabalho de parto e no alívio da dor (OMS, 2018; CIELLO *et al.*, 2012; RATTNER, 2009).

Quanto a livre escolha da posição para parir, 61,0% relataram que não tiveram opção de escolher, sendo mantidas em posição de litotomia¹⁴, contrariando as recomendações da OMS (2018). Trata-se de mais uma forma de violação ao direito de autonomia e até mesmo ao direito à saúde e a integridade física, já que a posição predominantemente adotada durante o parto aumenta o risco de traumas (CARVALHO e BIANCHI, 2016; SAUAIA & SERRA, 2016).

A ocorrência de puxos dirigidos foi relatada por 23,3% das participantes da pesquisa, estando mais uma vez em desacordo as recomendações da OMS (2018). Para Palma e Donelli (2017, p. 223) a ocorrência de puxos dirigidos é um fator que interfere diretamente na evolução do trabalho de parto:

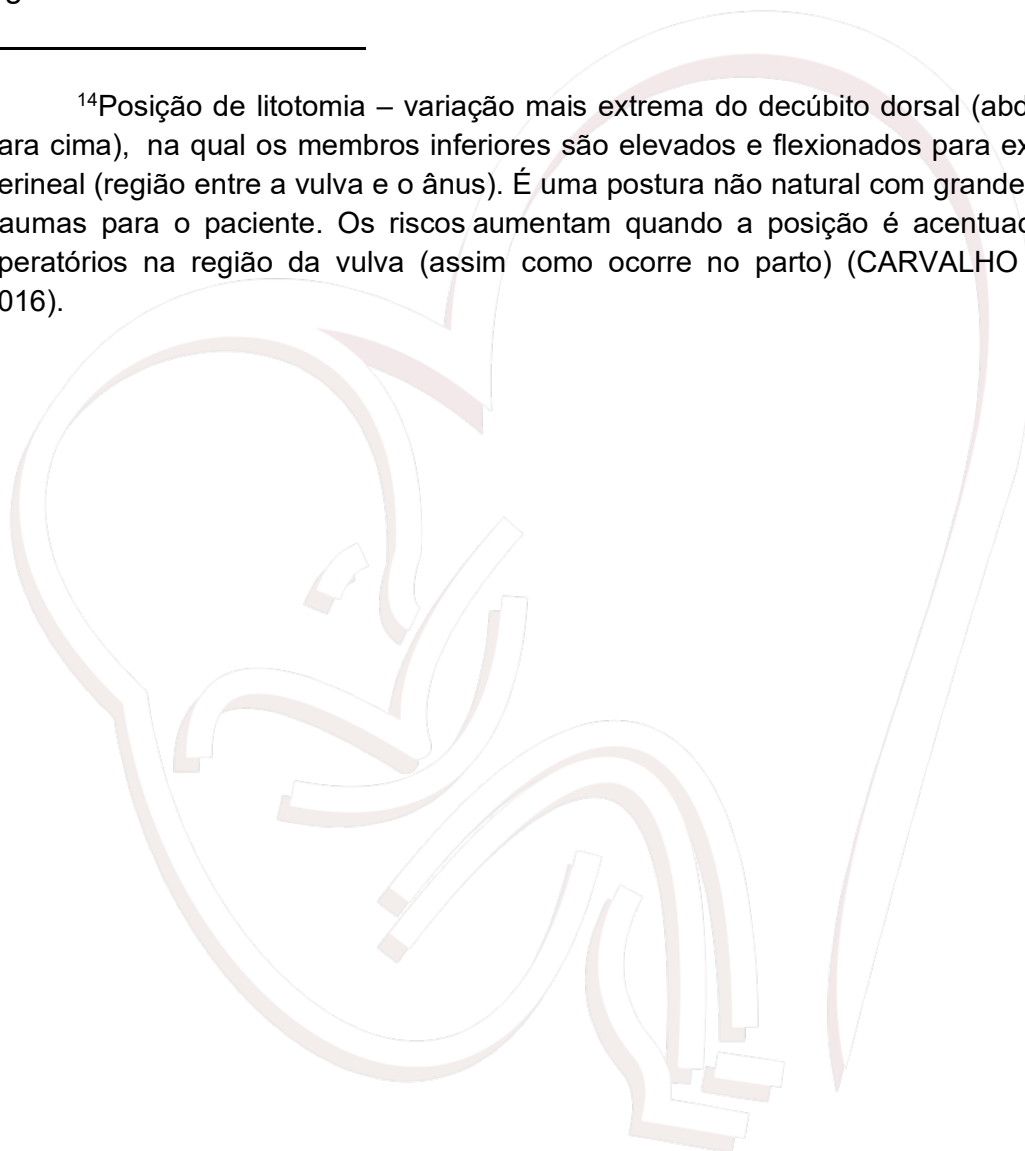
Sabe-se que o trabalho de parto e o parto são momentos que exigem da mulher grande introspecção. Assim, a mulher em franco período expulsivo deve-se desligar do mundo e receber o menor número possível de estímulos externos, para que possa, assim, realizar a regressão psíquica necessária para trazer seu bebê ao mundo. No entanto, se os profissionais de saúde e o ambiente em que se encontra impedirem que a mulher faça esta transição de estado físico e mental, a mesma, provavelmente, não terá a oportunidade de sentir-se protagonista do seu processo de parir, sentindo-se insegura, submissa e vulnerável. Neste caso, onde os profissionais dirigem o processo do parto e tiram da mulher este poder, é comum a sensação de que foi o profissional quem “fez o parto” e não a mulher.



Verifica-se, portanto, mais uma vez a ocorrência da violação do direito à autonomia. Além disso, essa violência obstétrica também é considerada uma violação ao direito à saúde e integridade física, já que os puxos dirigidos aumentam o risco de traumas perineais (CAROCl *et al.*, 2014).

Quase 40% das participantes da pesquisa relataram terem sido privadas de alimentação e líquido, índice bastante alto, que demonstra uma violação do direito à dignidade e à saúde.

¹⁴Posição de litotomia – variação mais extrema do decúbito dorsal (abdome voltado para cima), na qual os membros inferiores são elevados e flexionados para expor a região perineal (região entre a vulva e o ânus). É uma postura não natural com grande potencial de traumas para o paciente. Os riscos aumentam quando a posição é acentuada para atos operatórios na região da vulva (assim como ocorre no parto) (CARVALHO e BIANCHI, 2016).



A recomendação da OMS (2018) é de que sejam oferecidos líquidos e alimentos durante o trabalho de parto. Do ponto de vista metabólico, a ingestão de substratos ricos em energia pode ter uma influência positiva na progressão do trabalho de parto (SCHEEPRS, ESSED, BROUND, 1998). Portanto, a restrição alimentar deve ser desestimulada já que existe a “necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer conforto e bem-estar” (BRASIL, 2016a, p. 119).

O uso de fórceps e vácuo extrator foi bastante reduzido verificando-se que esses não foram utilizados de forma rotineira, não podendo se caracterizar a ocorrência de violência obstétrica nesses casos.

No que diz respeito às mulheres que foram submetidas à cesariana, 5,8% relataram que o procedimento cirúrgico foi iniciado antes da anestesia fazer efeito. Trata-se de uma grave violação à dignidade da pessoa humana, submetendo a mulher à dor sem necessidade.

Quanto à manobra de Kristeller, nota-se que essa ocorreu com mais frequência durante a cesariana do que no parto normal (26,9% e 16,8%, respectivamente). Os riscos trazidos por esse procedimento já foram debatidos anteriormente, bem como os direitos violados.

Com relação à ocorrência de conversas paralelas dos profissionais da saúde sobre outros assuntos durante a realização da cesariana, o que foi relatado por 36,6% das mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico, constata-se que há uma violação ao direito à dignidade, já que a mulher passa a ser tratada como objeto, sendo apenas mais uma na linha de produção do parto.

Ainda no que se refere às situações durante a cesariana, 37,8% das participantes da pesquisa afirmaram que tiveram seus braços amarrados, impedindo-as de tocar o bebê representando uma forma de violação à dignidade e à autonomia da mulher. Salgado, Niy e Diniz (2013, p. 7) trazem a seguinte percepção sobre esse procedimento:



Ele é realizado sob a justificativa de evitar que a mulher contamine o campo cirúrgico, porém tal medida não se justifica, muito menos ao final da cesárea, quando as mulheres poderiam ter os braços desamarrados e o contato facilitado, sem prejuízo para a segurança de ambos. Por este motivo, muitas mulheres entendem que são privadas do primeiro contato com o seu filho (tocá-lo, reconhecê-lo, acolhê-lo, amamentá-lo), por estarem submetidas a um protocolo que não visa o seu bem-estar ou o de seu filho, mas sim, por protocolos sem base em evidências da instituição. Para além do desconforto físico que é estar com os braços amarrados, há, portanto, uma dimensão simbólica de não poder receber e acolher o seu filho que acaba de nascer.

Quanto às situações que poderiam ocorrer tanto no parto normal quanto na cirurgia cesariana, bem como no pré e pós-parto imediato, contactou-se também a violação de diversos direitos fundamentais, o que será debatido a seguir.

Observando-se a Tabela 5 é possível constatar a frequente ocorrência de um tratamento desrespeitoso, no qual os profissionais da saúde provocam agressões verbais contra as mulheres, demonstrando uma importante violação à dignidade da pessoa humana, já que a mulher se encontra num momento de extrema vulnerabilidade. Além disso, fica demonstrado mais uma vez a ocorrência da relação assimétrica de poder entre profissionais da saúde e pacientes (PIMENTEL *et al.*, 2014; RATTNER, 2009).

Quanto a esse tema Aguiar, d'Oliveira e Schraiber (2013), trouxeram uma análise bastante pertinente no artigo “Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde”. Esse estudo revelou que os profissionais da saúde reconhecem a ocorrência de “práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência a mulheres gestantes, parturientes e puérperas”. É citado como exemplo “o uso de jargões pejorativos como forma de humor, ameaças, reprimendas e negligência no manejo da dor”. No entanto, essas práticas geralmente não são percebidas pelos profissionais como violentas, mas “como um exercício de autoridade em um contexto considerado “difícil””. Assim, releva-se uma banalização da violência institucional que acaba por ser travestida de boa prática, gerando uma falsa ideia de que essa seria realizada para o bem da paciente.



(...) a violência institucional, tal como a definimos, é reconhecida e admitida como prática comum por quase todos os entrevistados, ainda que a definição e nomeação do que seria violência institucional na visão destes profissionais tenha limites pouco claros. O termo “violência” é mais comumente associado à violência física na população em geral; e na área da saúde, a violência contra a mulher é frequentemente referida apenas à violência sexual e doméstica.

Assim, a maioria do que foi nomeado como desrespeito, observado em suas experiências profissionais, não foi identificado como um tipo de violência. Tal concepção acaba possibilitando que tais condutas sejam aceitas no cotidiano da assistência como toleráveis ou mesmo necessárias, e contribui para um processo de banalização da violência institucional.

(...) ao ser prática social, a de saúde orienta-se na mesma direção banalizadora e naturalizadora das violências, mas, de modo original, cria em seu interior, isto é, seus agentes profissionais é que criam aceitações da violência que se transformam em atos “necessários ao cuidado” e, assim, ‘boas práticas’ assistenciais. Deslocam, pois, o aspecto ético-moral de seus atos violentos para qualificá-los como uma exigência da técnica, como se fosse parte do domínio técnico-científico das práticas dos profissionais. (AGUIAR, D’OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013, p. 2293).



Ademais, tem-se por trás disso uma assistência ainda pautada no patriarcalismo, em que “a institucionalização do parto trouxe como resultado a perda da autonomia da mulher com o advento da supremacia do homem na área médica” (PALHARINI, 2017).

Dentre as participantes da pesquisa, 13,8% afirmaram que não tinham suas dúvidas esclarecidas pelos profissionais da saúde, demonstrando mais uma vez uma violação ao direito de informação.

Fica novamente caracterizada a hegemonia de poder dos profissionais da saúde quando a mulher passa a ser tratada como incapaz e com utilização de comandos infantilizados. Quase 50% das mulheres relataram a ocorrência dessa situação, ocorrendo mais uma vez a violação do direito a um atendimento digno. Deixar de chamar a mulher pelo nome e passar a tratá-la como “mãezinha” trata-se de uma forma de violação do direito à identidade, fazendo com que a parturiente perca sua individualidade, sendo ainda tratada como mais uma na linha de produção do nascimento.

Trinta e três participantes (10,8%) relataram que tiveram recusa no atendimento ao parto ou pós-parto, caracterizando uma violação do direito à saúde e a um atendimento digno.

Quanto à presença de um acompanhante de escolha da mulher, verificou-se que 1,3% das mulheres foram totalmente privadas desse direito previsto na Lei nº 11.108/2005 (Lei do Acompanhante – BRASIL, 2005). Outras 22 mulheres (7,2%) relataram que tiveram um acompanhante, mas sua permanência foi apenas parcial, já que não foi permitido que este ficasse junto da mulher durante todo o período de pré-parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, a referida legislação dispõe que “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”. Dessa forma, restringir o direito da mulher à presença de um acompanhante, ainda que de forma parcial, pode ser considerado também uma violação ao direito a um atendimento digno.



Cinquenta e sete mulheres (18,7%) relataram que foram privadas de contato com o “mundo exterior”, sendo a principal queixa a proibição do uso do aparelho celular. Não existe qualquer justificativa para essa restrição, a não ser em ambientes como centro cirúrgico para minimizar o risco de infecções, o que não se aplica às situações em questão. Portanto, essa privação é uma afronta ao direito à dignidade e à autonomia. Além disso, algumas mulheres relataram que não era permitido filmar ou fotografar o parto (depoimentos nº 21, 147 e 186), privando-as de ter uma lembrança de um momento único em suas vidas. Tal proibição pode ser uma forma de os profissionais da saúde não terem provas contra si em caso de más práticas assistenciais ou mesmo da ocorrência de violência obstétrica.

Mais uma forma de violação ao direito de autonomia e à dignidade é a realização de procedimentos sem o prévio consentimento da paciente, situação que ocorreu em 22% dos casos. Ainda, verifica-se mais uma vez violação do direito à informação quando os procedimentos são realizados sem prévia explicação, como evidenciado nas respostas de 14,4% das mulheres.

Quanto ao contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o parto, esse não deve ser adiado, a não ser que haja uma justificativa médica (OMS, 2018). Entretanto, é possível constatar um razoável número de vezes em que isso ocorreu no estudo, já que 27,5% das mulheres foram privadas desse primeiro contato, caracterizando uma forma de violência psicológica contra a mãe, que mais uma vez é obrigada a submeter-se a situações sem qualquer embasamento científico. O contato pele a pele facilita a criação de vínculo entre mãe e bebê, estimula a amamentação e auxilia na regulação da temperatura corporal do recém-nascido (OMS, 2018; BRASIL, 2016a). Não há também qualquer justificativa para manter o bebê afastado de sua mãe no período de pós-parto e impedir a amamentação em livre demanda, exceto quando o bebê, a mulher ou ambos necessitarem de cuidados especiais. Todavia, verifica-se que essa situação ocorreu algumas vezes, estando presente em 5,6% quanto ao afastamento e 6,2% quanto ao impedimento à amamentação.

Sobre o tema, dispõe a Portaria do Ministério da Saúde nº 371, de 7 de maio de 2014 que:

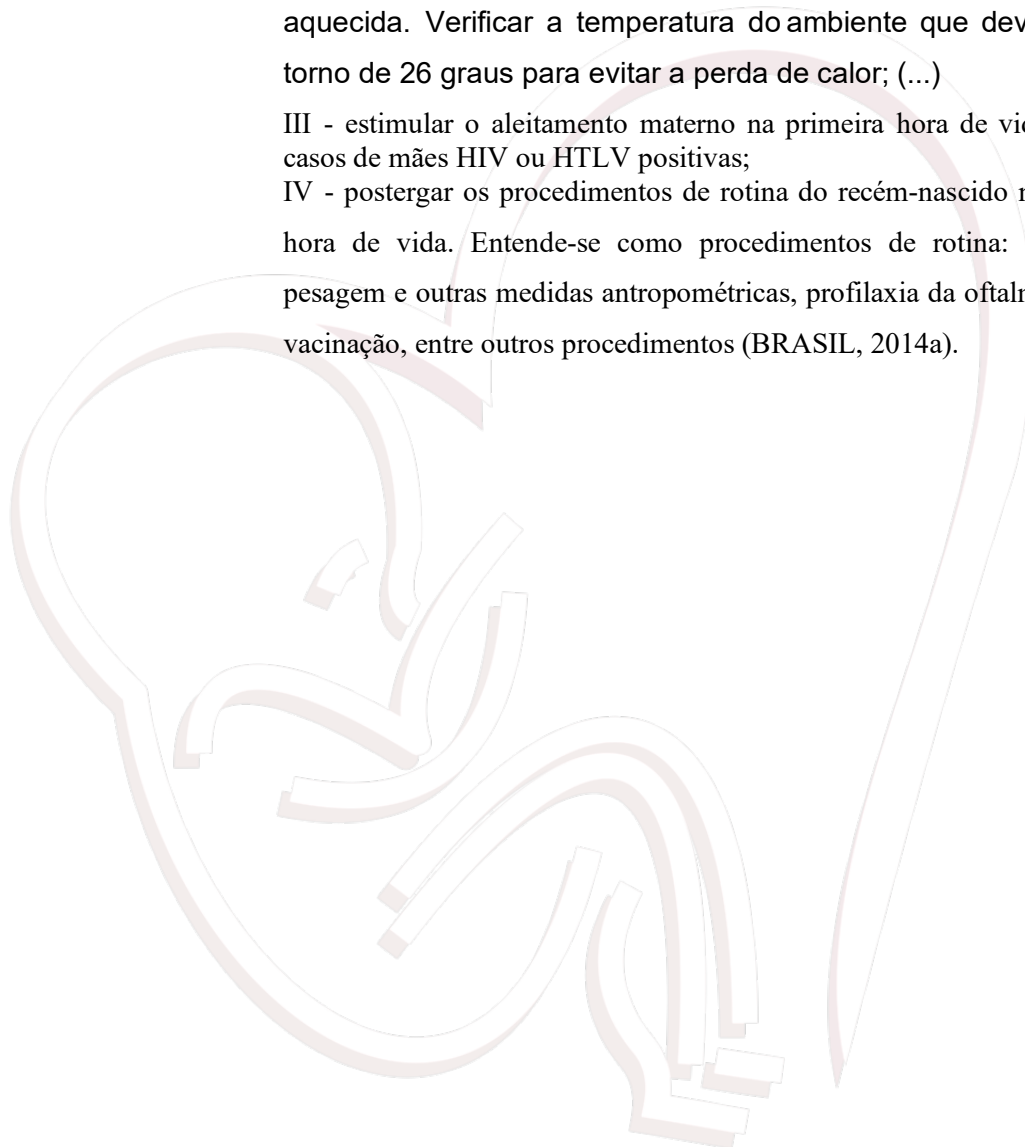


Art. 4º. Para o RN (recém-nascido) a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida. Verificar a temperatura do ambiente que deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor; (...)

III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;

IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos (BRASIL, 2014a).



Na análise univariada dos fatores de risco, as variáveis que foram significativamente associadas à ocorrência de violência obstétrica foram: ter sido atendida pelo SUS, ter renda familiar *per capita* menor ou igual a 500 reais, ser de raça/cor negra, parda ou indígena e ter nível de instrução menor ou igual ao ensino médio.

Ventura (2009) aponta que “as mulheres negras, indígenas e migrantes sofrem maior discriminação no acesso à saúde e, geralmente, apresentam-se mais vulneráveis às violências”. Tesser *et al.* (2015) afirma que a violência obstétrica pode ser caracterizada pela discriminação baseada em certos atributos, como ser pobre, não-escolarizada, mais jovem e negra, fala que vai de encontro com os achados do presente estudo.

Quanto à ocorrência de maior número de violências obstétricas nas mulheres atendidas pelo SUS, essa fica caracterizada em duas falas apresentadas por mulheres que tiveram atendimento na rede suplementar de saúde, mas presenciaram violências com as mulheres atendidas pelo SUS (depoimentos nº 148 e 255):

A enfermeira falou: "Ela é Unimed, ela pode escolher se ela quer normal ou cesárea". Presenciei muitos maus-tratos com as mulheres do SUS. Eu chamava e minha médica vinha, enquanto as mulheres do SUS choravam, gritavam e ninguém dava atenção.

Tive um atendimento diferenciado por ter uma boa condição financeira, mas escutei a mulher da sala de parto ao lado gritando de dor e implorando ajuda da enfermagem...conclusão, foi levada para cesárea.

O presente estudo constatou uma prevalência de violência obstétrica em 85,9% dos atendimentos ao parto e pós-parto imediato ocorridos em Campo Grande – MS no período de janeiro de 2016 a março de 2019. Entretanto, apenas 19,3% das participantes reconheceram a sua ocorrência.



Diante desse resultado, é possível notar que a percepção das mulheres e da sociedade em geral sobre a ocorrência de violência obstétrica é bastante deficiente. Isso pode ser explicado pela naturalização das diversas práticas adotadas de forma rotineira nas instituições de saúde (SILVA & SERRA, 2017). Além disso, diversas violências são bastante sutis e imperceptíveis aos olhos de quem a está vivenciando. Tal fenômeno já foi explorado por Marilena Chauí (1984) sendo denominado violência perfeita.

Assim, a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal. Em outros termos, a violência perfeita é aquela que resulta em alienação, identificação da vontade e da ação de alguém com a vontade e a ação contrária que adominam (CHAUÍ, 1984 *apud* SAFFIOT, 1997, p. 73).

Além disso, a falta de percepção da sociedade pode ser justificada pela banalização e naturalização das violências, conforme já abordado anteriormente.



4 POSSÍVEIS CAUSAS E ALTERNATIVAS PARA REDUÇÃO/ELIMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

4.2 POSSÍVEIS CAUSAS PARA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ao longo desse trabalho, foi realizada uma abordagem histórica da evolução da assistência ao parto no Brasil e no mundo. Em seguida, realizou-se uma análise de casos concretos que demonstraram que a violência obstétrica ainda se perpetua no cenário atual da assistência ao parto, apesar de todas as políticas públicas que foram implementadas nos últimos anos. Assim, neste tópico discorreremos de forma mais aprofundada as possíveis causas para a violência obstétrica.

4.1.1 Violência Obstétrica como uma forma de Violência contra a Mulher

Para adequada compreensão do tema violência obstétrica, é necessário que haja uma abordagem no âmbito da violência contra a mulher, pois essa forma de violação de direitos fundamentais é, evidentemente, uma violência de gênero.

O termo gênero foi inicialmente utilizado no campo das ciências sociais, impulsionado por teóricas feministas que buscavam a desconstrução de teorias que determinavam papéis restritos no campo social, de acordo com questões meramente biológicas, excluindo a mulher da arena pública e apartando os homens da esfera privada e do cuidado. Assim, busca-se, a partir dos estudos de gênero, eliminar as assimetrias de poder construídas historicamente entre homens e mulheres (GONÇALVES, 2013).

Quando adentramos no âmbito da condição biológica da mulher, na qual somente ela tem a capacidade de parir, o que se verifica é que as mulheres têm tradicionalmente seus direitos suspensos pela maternidade. Dessa forma, “seu direito à condição de pessoa, seu direito à integridade corporal, seu direito à equidade e à diversidade não valiam mais, pois a maternidade é sacrifício, e qualquer desobediência de sua parte seria (...) uma ameaça à segurança do bebê” (ZORZAM & CAVALCANTI, 2016, p. 9).



Assim, conforme já abordado anteriormente, no campo da assistência ao parto, a violência institucional, determinada pelo poder que o médico (detentor do saber) exerce sobre os pacientes, soma-se à questão da violência contra a mulher, na qual o patriarcado exerce seu poder historicamente consagrado. Portanto, a violência obstétrica é uma soma de duas formas de violência: a violência institucional e a violência contra a mulher.

Nesse sentido, “como parturiente, ela deveria aceitar ser fisicamente imobilizada, mantida sem água nem comida, sem a presença de ninguém de sua confiança. Deveria aceitar uma fila de pessoas desconhecidas introduzindo os dedos na sua vagina, para seu próprio bem” (ZORZAM & CAVALCANTI, 2016, p. 9). Portanto, a mulher estaria rebaixada a condição de “coisa”, não sendo sujeito de direitos.

Em uma das falas das participantes da pesquisa, fica demonstrado o tratamento carregado desse entendimento que a mulher, por não ser sujeito de direitos, mas apenas uma mera procriadora, sequer deve expressar sua opinião ou ser ouvida:

P.G.M.J. (depoimento nº 235): No pós-parto imediato, outro profissional que não os que já nos assistia, tratou-me como inexistente. Sequer me cumprimentou e já perguntou ao meu marido como foi o parto, quando EU respondi, ele me ignorou, depois perguntou qual médico fez o parto, e respondi que EU PARI, mas o médico Fulano quem me acompanhou. E com desdém, o tal profissional ainda me ignorando perguntou ao meu marido quando ELE teria o terceiro filho.



Portanto, nessa relação hierárquica a paciente é apenas “um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece” (AGUIAR & D’OLIVEIRA, 2011, p.80). A mulher é então duplamente objetificada: seu corpo é objeto de controle e domínio da medicina e é um meio para se chegar a um fim – o bebê. Tal “objetificação’ carrega consigo aspectos ligados a uma ideologia de gênero, de dominação do corpo feminino como objeto da medicina enquanto “corpo reprodutor”” (AGUIAR & D’OLIVEIRA, 2011, p.88).

Dentro desse entendimento, o que se verifica em hospitais-escolas é que a parturiente é tratada um objeto de estudo e diversos estudantes poderiam utilizar-se desse corpo para sua aprendizagem, o que ficou caracterizado no depoimento nº 168, no qual a mulher declara que o exame de toque foi realizado três vezes seguidas, pelo estagiário, pela enfermeira e pelo médico.

Assim, para que as mudanças necessárias sejam implementadas no campo da assistência ao parto, é imprescindível que haja uma intervenção na formação profissional. Logo, no próximo tópico será abordado brevemente como a formação dos profissionais da saúde influencia na perpetuação da violência obstétrica.



4.1.2 A Formação dos Profissionais da Saúde

“A formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança” (DINIZ *et al.*, 2015). O modelo prevalente de assistência ao parto ainda coloca o médico como principal ator do processo de parturição, portanto, a intervenção deve ser particularmente implementada na formação desses profissionais.

Conforme já anteriormente aludido, a maior parte dos procedimentos obstétricos realizados rotineiramente há mais de 20 anos tem pouca ou nenhuma evidência científica para justificá-los, sendo realizados apenas porque fazem sentido cultural (DAVIS-FLOYD, 2001). A cultura da assistência intervencionista ao parto está tão arraigada em nossa sociedade que a desconstrução deste padrão se torna uma tarefa extremamente complexa.

Nessa perspectiva, Hotimsky e Schraiber (2005) desenvolveram um estudo que demonstrou de forma bastante clara como essa cultura é evidenciada em falas de estudantes e professores de cursos de medicina. No referido estudo, os estudantes realizaram uma visita a um Centro de Parto Normal (CPN), onde se priorizava a humanização do parto. Os acadêmicos demonstraram muita estranheza ao modelo humanizado, denominando-o como precário e natural demais pelo que se tem disponível nos dias de hoje. Tal percepção reflete a supervalorização do uso das tecnologias no parto (modelo tecnocrático) e evidencia o entendimento ainda predominante de que o parto é um processo patológico.

Além disso, apesar de as melhores e mais atualizadas evidências científicas estarem facilmente disponíveis na Internet, os cursos de medicina ainda têm sua bibliografia embasada em livros desatualizados, que não orientam a busca por uma revisão e reavaliação de um determinado tema. Assim, o conhecimento dos alunos torna-se bastante limitado, já que a prática baseada em evidências, nesse contexto, passa a ser tratada como “opinião” ou “filosofia”, quando deveria ser considerada o padrão-ouro da assistência obstétrica (DINIZ *et al.*, 2015). Ademais, os docentes também tem um papel fundamental na disseminação de práticas desatualizadas e inadequadas, conforme Hotimsky e Schraiber (2005) demonstraram ao transcrever a fala de um professor de um curso de medicina:



O primeiro item da prescrição é, invariavelmente a dieta. (...) O que vocês vão dar para nossa pacientezinha com 7 centímetros de dilatação e em trabalho de parto? (...) Jejum, dieta zero. (...) Potencialmente, qualquer paciente em trabalho de parto pode ser submetida a uma cesárea de urgência. (...) Se vocês vão conversar com qualquer anestesista na face da terra, ele vai estremecer, se você não prescrever jejum! (...) Deixe a paciente em jejum! (...) Existem duas correntes. Uma acha que deve fazer jejum durante o trabalho de parto e outra acha que não é necessário. (...) Mais alguma coisa vocês prescreveriam para essa paciente? (...) eu coloco um soro, porque caso for à cirurgia, precisa de acesso venoso. E para manter o acesso venoso e por causa do jejum, eu coloco um soro glicosado. (...) O que mais vamos fazer com nossa pacientezinha? Analgesia de parto! (...) hoje, no ano de 2005, no século 21, o que se prescreve é duplo-bloqueio (...) uma associação entre raquianestesia e peridural contínua (...) que tem por objetivo: (1) tirar a dor. (...) (2) Propiciar a realização de qualquer manobra sem dor, sem sentir nada! (3) Relaxar a musculatura estriada de toda a bacia, facilitando a descida pelo canal de parto e fazendo com que a duração do trabalho de parto seja menor de tal forma que, hoje não passo mais do que 4 horas num parto. (4) Em parto normal, faço a episiotomia e episiorrafia.

Tal fala retrata um entendimento do parto como um evento imprevisível de risco iminente, além de reforçar a concepção patológica da fisiologia do parto (HOTIMSKY & SCHRAIBER, 2005). Portanto, o que se nota é que a violência obstétrica não se trata de exceções de comportamento, pois, na maioria das vezes, os procedimentos adotados compõem o protocolo comum das maternidades do Brasil, inclusive nos hospitais-escola, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde e da OMS (PALHARINI, 2017). Tanto não é exceção que no presente estudo ficou caracterizada a ocorrência de violência obstétrica em 85,9% das participantes.

Outro fator importante é que a formação em medicina não se limita a um ensino técnico-científico, mas é também um processo de socialização profissional,



no qual há uma construção de uma identidade coletiva que “inclui a aderência ou não a determinadas “bandeiras” defendidas por lideranças, nas entidades que representam a corporação” (HOTIMSKY & SCHRAIBER, 2005, p. 646). Assim, percebe-se uma grande rejeição do médico quanto à atuação de outros profissionais da saúde na assistência ao parto normal, como o enfermeiro obstetra, a obstetriz e a parteira. Tal desaprovação fica evidente na seguinte fala: “Não precisa nem mais ser médico para exercer a obstetrícia. Para que estudar seis anos de medicina? Até bombeiro faz parto!” (HOTIMSKY & SCHRAIBER, 2005, p. 644). Nota-se, portanto, que a necessidade de patologização e medicalização do parto é também fruto de um receio da classe em perder campo de trabalho, pois, a partir do momento que o parto passa a ser tratado como um processo fisiológico, a figura do médico deixa de ser essencial.

Nesse mesmo aspecto, a manipulação de informações com o objetivo de fazer a mulher “optar” por uma cirurgia cesariana também se mostra como uma forma de manter o médico como “único” profissional capaz de realizar a assistência ao parto. Assim, a disseminação de mitos acerca do parto normal tornou-se algo corriqueiro no Brasil. Hotimsky e Schraiber (2005) verificaram que existe ainda uma empatia dos estudantes quanto à questão da comodidade e economia que tal prática representa para o médico, de modo a assegurar-lhe maior disponibilidade para outros compromissos profissionais. Assim, no Brasil, ocorreu um processo de construção da cesárea como tipo ideal de parto, sendo tratado como “moderno”, “indolor”, “seguro”, e “eficiente”, gerando uma epidemia de cesarianas.



4.1.3 O Excessivo Crescimento do Parto Cirúrgico e a Epidemia de Cesarianas no Brasil

As raras referências históricas da cirurgia cesariana demonstram que esta surgiu com o propósito inicial de essencialmente salvar a criança de uma mãe morta ou moribunda (SEWELL, 1993; PARENTE *et al.*, 2010). Assim, era uma medida de último recurso, e a operação não se destinava a preservar a vida da mãe. Embora muitos dos primeiros relatos de cesárea tenham surgido de partes remotas da Europa e dos Estados Unidos e de lugares distantes dos últimos avanços da medicina ocidental, foi apenas com o aumento da urbanização e o crescimento dos hospitais que a operação começou a ser realizada rotineiramente (SEWELL, 1993).

Na segunda metade do século XIX, refletindo o crescente interesse médico daquele período na sexualidade e nas doenças femininas, surgiram nos hospitais as especialidades que proporcionaram novas oportunidades para os médicos, bem como novos tratamentos para os pacientes. Durante o século XIX, a cirurgia transformou-se tanto técnica como profissionalmente. No final do século, uma ampla gama de inovações tecnológicas permitiu que os cirurgiões revolucionassem sua prática e se profissionalizassem. Os anestésicos permitiram que os cirurgiões tivessem tempo para operar com precisão, limpar a cavidade peritoneal, registrar os detalhes de seus procedimentos e aprender com suas experiências (SEWELL, 1993; PARENTE *et al.*, 2010).

Uma vez que a anestesia, a antisepsia e a assepsia estavam firmemente estabelecidas, os obstetras foram capazes de se concentrar na melhoria das técnicas empregadas na cesariana. A penicilina foi descoberta por Alexander Fleming em 1928 e, depois de ter sido purificada como droga em 1940, tornou-se facilmente disponível e reduziu drasticamente a mortalidade materna para nascimentos por partos normais e cesarianos. Além dos avanços cirúrgicos, o desenvolvimento da cesárea foi influenciado pelo crescimento contínuo do número de hospitais, pelas mudanças demográficas significativas e por inúmeros outros fatores - incluindo a religião (SEWELL, 1993).



Outro fator apontado como possível influenciador no aumento das cesarianas, na virada do século XIX para o XX, foi o avanço da urbanização e consequente diminuição da exposição das pessoas à luz solar, o que levou a uma acentuada elevação da taxa de raquitismo entre as crianças da cidade. Assim, o crescimento ósseo indevido nas mulheres resultou em malformações pélvicas, o que tornava o parto normal difícil. Como resultado disso e com os avanços da medicina, a taxa de cesáreas aumentou acentuadamente. Essa taxa nunca mais alcançou os níveis baixos registrados antes do raquitismo, apesar dessa doença não ser mais um problema de saúde pública (SEWELL, 1993; PARENTE *et al.*, 2010).

Em 1940, iniciou-se um crescimento na tendência para que a gravidez e o parto fossem medicamente controlados, o que, até recentemente, apresenta-se em uma curva crescente. Em 1938, aproximadamente metade dos nascimentos nos Estados Unidos acontecia em hospitais. Em 1955, isso aumentara para noventa e nove por cento. Diversos fatores influenciaram o aumento do índice de cesarianas, alguns tecnológicos, alguns culturais, alguns profissionais, outros legais (SEWELL, 1993).

No Brasil, o cenário não foi diferente. Muito pelo contrário, a realização indiscriminada desse procedimento no país fez com que, em 2011, o Brasil alcançasse o *status* de campeão mundial de cesáreas, com uma taxa de 44% (UNICEF, 2011). Em 2016, a taxa de cesáreas aumentou ainda mais, alcançando 56% (UNICEF, 2016). Registros mostram que esse aumento ocorreu progressivamente a partir do ano de 1970 (Figura 18) (BARROS *et al.*, 1991; SOUZA, 1994; LEAL *et al.*, 2011-12).

Figura 18 – Aumento progressivo das taxas de cesarianas no Brasil



Fonte: LEAL *et al.*, 2011-12.



As altas taxas de cesarianas estão correlacionadas com a renda familiar dos pacientes, estando por isso mais fortemente presente na saúde suplementar, na qual chega a atingir 90%. No entanto, apesar das mais altas taxas dizerem respeito às mulheres de classe média e alta, essa prática afeta tanto hospitais públicos como privados (SOUZA, 1994; HOPKINS, 2000; LEAL *et al.*, 2011-12, DOMINGUES *et al.*, 2014; ALONSO *et al.*, 2017). Com a mudança de cultura com relação à cesariana, essa intervenção passou a ser aceita e até mesmo desejada pelas mulheres como um símbolo de *status* (SOUZA, 1994). Observa-se ainda uma crescente aceitação a este procedimento nos últimos anos (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Entretanto, diversos estudos, inclusive este, demonstraram que a maior parte das mulheres, no início da gestação, especialmente do primeiro filho, ainda tem o desejo de parir naturalmente (POTTER, *et al.*, 2001; LEAL *et al.*, 2011-12; DOMINGUES *et al.*, 2014). Então, por que, mesmo com o desejo inicial pelo parto vaginal e com as recomendações da OMS, tantas mulheres brasileiras continuam a ser submetidas à cesariana no Brasil?

O que se percebe é que o uso generalizado de cesarianas se tornou um fenômeno cultural cujos limites se estendem além da arena médica. Profissionais médicos se apropriaram de valores culturais em relação ao corpo e à sexualidade femininos, reforçaram a fascinação cega pela tecnologia e medicalizaram o medo das mulheres com relação ao trabalho de parto para justificar sua preferência por partos cirúrgicos (SOUZA, 1994).

Assim, as mulheres no Brasil são frequentemente retratadas optando ativamente pelo parto cirúrgico. Os médicos normalmente promovem essa visão, também comum na compreensão popular do fenômeno, de que é a demanda das mulheres pela cesárea que está por trás das altas taxas. Porém, o que normalmente falta nessas análises é uma discussão das diferenças de poder entre mulheres e médicos. Os médicos claramente têm mais poder de decisão na situação do parto no hospital, e sua perícia médica e autoridade são frequentemente organizadas para convencer uma mulher a “escolher” uma cesariana (HOPKINS, 2000).

As consequências das cesarianas clinicamente desnecessárias são muitas, independentemente da classe social da mãe. Bebês nascidos com esse procedimento são mais suscetíveis a prematuridade iatrogênica, baixo peso ao nascer e problemas respiratórios e neurológicos. Além disso, as cesarianas representam um enorme ônus financeiro para o sistema público de saúde.



Elas exigem maior tempo de internação (duas vezes mais dias) e têm maiores repercussões físicas e emocionais para a mãe. Para mulheres pobres e seus bebês em hospitais públicos a ameaça é ainda maior. À medida que aumenta o número de cesarianas, aumenta também a taxa de mortalidade materna e neonatal após uma cesariana (SOUZA, 1994; RATTNER, 1996; HOPKINS, 2000; SALGADO, NIY & DINIZ, 2013). A cesárea foi associada a um risco significativamente aumentado de morte materna devido a complicações da anestesia, infecção puerperal e tromboembolismo venoso (DENEUX- THARAUX *et al.*, 2006). Além disso, um estudo recente demonstrou que as cirurgias cesarianas aumentam o risco de morbidade materna, especialmente quando ocorrem de forma sucessiva (SONDGEROTH *et al.*, 2019).

Logo, constata-se que a “opção” das mulheres em geral pela cesárea encontra-se viciada, já que não é possível exercer adequadamente seu poder de decisão quando o acesso a informações é restrito ao profissional da saúde, que se utiliza disso para omitir ou distorcer as evidências científicas, com o objetivo de atender sua conveniência pessoal. Além disso, outros fatores são apontados como possíveis influenciadores da decisão acerca do tipo de parto, como o medo da dor, receio de não conseguir ter o parto normal, críticas à forma como o parto é conduzido (forma “desumana”), medo de não conseguir atendimento e a falsa percepção de que a cesárea seria mais segura para o bebê (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Isto posto, fica claro que existe uma necessidade imperiosa de implantação de políticas públicas que facilitem o acesso à informação, estimulem o parto normal, atuem diretamente na formação profissional e melhorem a assistência já existente nas maternidades brasileiras de forma que o parto normal seja tratado com o mínimo de intervenções possíveis.



4.2 IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A Declaração Universal de Direitos Humanos reconhece que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, sem distinção alguma, inclusive de sexo, além de reafirmar o princípio da não discriminação (ONU, 2009). Conforme dispõe o art. 1º da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979), discriminação contra a mulher conceitua-se:

Toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher independentemente de seu estado civil com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos: político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (CEDAW, 1979).

Portanto, no âmbito da assistência à gestação e parto, as mulheres devem ter seus direitos respeitados pelos profissionais da saúde. Esses direitos são parte de uma conquista politicamente histórica para a redução das desigualdades de gênero e melhoria dos indicadores de saúde das mulheres e bebês. Assim, “os direitos reprodutivos se estabelecem em quatro grandes pilares: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade” (ZORZAM & CAVALCANTI, 2016, p. 13).

Dessa forma, nos últimos anos têm surgido diversas iniciativas que buscam a humanização da assistência ao parto, como uma forma de proteção e garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

Contudo, alguns compromissos assumidos pelo Brasil na esfera internacional para a redução das violências obstétricas não foram devidamente adotados. A Comissão Interamericana de Mulheres, no Segundo Relatório Hemisférico sobre a Implementação da Convenção de Belém do Pará, relata que a maioria dos Estados não possui mecanismos para impedir e punir a violência obstétrica como uma forma específica de violência.



Neste relatório é recomendado que os Estados incluam dispositivos que não só tornem a violência obstétrica uma ofensa punível, mas também contenham os elementos do que constitui um processo natural de pré-parto, parto e pós-parto, sem necessidade excessiva de medicações, por meio dos quais as mulheres sejam devidamente informadas para que possam gozar das garantias necessárias para assegurar o seu livre e voluntário consentimento em relação aos procedimentos associados à sua saúde sexual (INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN, 2012).

Uma das medidas recomendadas pela Comissão de Experts do Mecanismo de Acompanhamento da Convenção de Belém do Pará aos seus Estados membros é que sejam adotados dispositivos para criminalizar a violência obstétrica (INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN, 2012). O Brasil é um dos países signatários da Convenção de Belém do Pará, porém ainda não há uma norma federal que objetive a redução da violência obstétrica no país e que disponha sobre meios de responsabilização dos envolvidos.



4.1.1 A Humanização do Parto

Diante do cenário prevalente na assistência obstétrica brasileira, a humanização do parto surge como uma alternativa para garantir uma assistência obstétrica em que é priorizado o protagonismo da mulher sem, no entanto, abrir mão das evidências científicas mais recentes. Trata-se ainda de um caminho para se assegurar os direitos reprodutivos das mulheres.

Nesse sentido, nos anos 2000 foi criado, por meio da Portaria MS/GM 569 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000). “Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais” (BRASIL, 2001, p. 25).

Em 2001, foi lançado o manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, no qual o Ministério da Saúde assume um compromisso fundamental de assistir às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade. Esse documento trazia o seguinte conceito:

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001, p. 9).

Entretanto, como tal programa não foi instituído em um contexto geral, mas apenas no âmbito do SUS, este parece não ter alcançado os objetivos esperados, já que nos anos que se seguiram ocorreu um aumento significativo na taxa de cesáreas do país, o que caracteriza uma maior medicalização do parto e uso desnecessário de intervenções. Além disso, esse programa priorizou suas ações na assistência pré-natal, já que foram estabelecidas metas e fornecido incentivos aos municípios que tivessem melhores indicadores que eram relacionados diretamente ao pré-natal (BRASIL, 2001). Apesar de o pré-natal ser fator essencial para redução da morbimortalidade materna e infantil, o que se percebe é que o referido programa



pouco auxiliou na melhoria da assistência ao parto em si.

Em 2005, a Lei nº 11.108 garantiu às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005), o que representou um importante passo para a implementação da humanização do parto.

Contudo, observa-se que apesar das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, ainda ocorrem diversas dificuldades para alcançar todas as dimensões da assistência humanizada. Diniz (2005, p. 633-635) apresenta diversos sentidos para a humanização:

- a) Humanização como legitimidade científica da medicina, ou assistência baseada na evidência, que é considerada como padrão-ouro. (...)
- b) Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. (...)
- c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população.
- d) Humanização como *legitimidade profissional e corporativa* de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. (...)
- e) Humanização referida à *legitimidade financeira* (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. (...)
- f) Humanização referida à *legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde*, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da "boa educação" na relação entre instituições e seus consumidores. (...)
- g) Humanização como direito ao *alívio da dor*, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como *humanitários*, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto.



Portanto, o termo humanização do parto refere-se “a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores” (DINIZ, 2005).

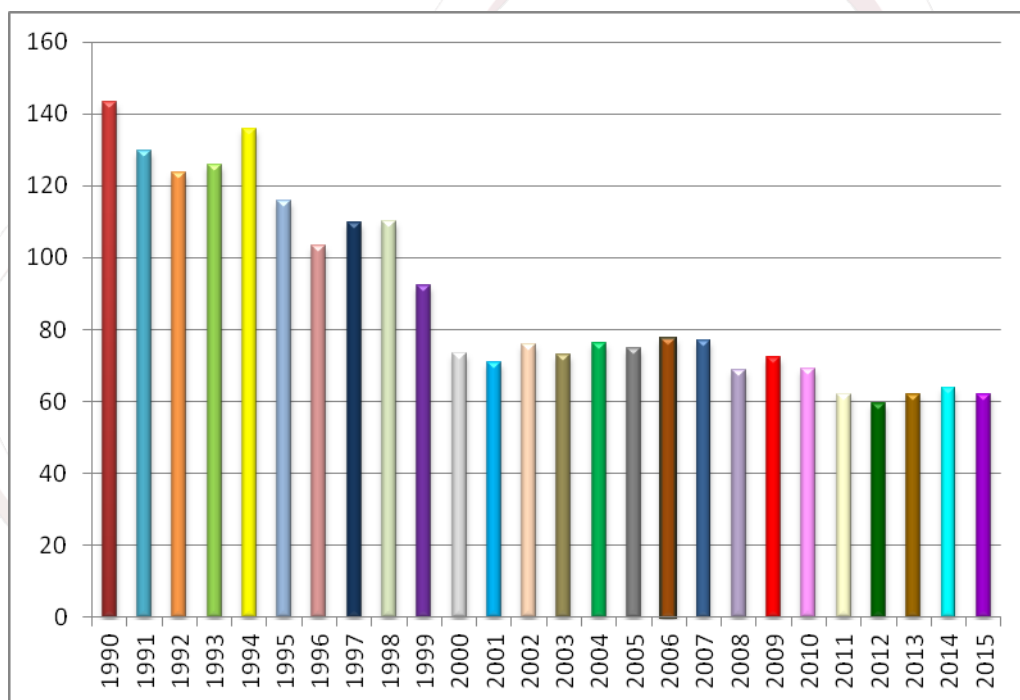
Importante ainda citar outras medidas adotadas pelo Ministério da Saúde que buscaram atuar, direta ou indiretamente, na humanização do processo de assistência ao parto:

- Portaria n.º 2.815, de 29 de maio de 1998: inclusão na tabela do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o grupo de procedimentos referentes ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra (BRASIL, 1998);
- Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999, que cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal (BRASIL, 1999);
- Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, consistindo em uma “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011);
- Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal (BRASIL, 2015);
- Portaria nº 306, de 28 de março de 2016, que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2016c);
- Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017c).



No entanto, mesmo com todas as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde até os dias de hoje, o que se nota é que não houve redução significativa da taxa de mortalidade materna no país entre os anos 2000 e 2015, conforme se verifica na Figura 19. Além disso, conforme já demonstrado anteriormente na Figura 18, as taxas de cesáreas no país apresentam uma curva crescente desde os anos 1970, apresentando uma mínima redução no ano de 2016 e voltando a crescer em 2017 (BRASIL, 2017c).

Figura 19 – Taxa de mortalidade materna no Brasil entre 1996 e 2015.



Fonte: BRASIL, 2012a; 2012b; 2016d.

Logo, a estabilização das taxas de mortalidade materna e as taxas crescentes de cirurgias cesarianas no Brasil demonstram que há uma inadequação na qualidade da atenção e ainda evidencia que as políticas públicas adotadas até o presente momento não foram suficientes para melhorar esse cenário. A partir dessa constatação, percebe-se que existe uma necessidade de reavaliação das estratégias utilizadas até o momento, já que os resultados esperados não foram alcançados. Assim, novas estratégias têm sido propostas como: a criação



de leis em sentido estrito, que visem, além do reconhecimento da violência obstétrica como uma violação de direitos, a punição os envolvidos; a intervenção direta na formação dos profissionais da saúde; a obrigatoriedade de educação continuada dos profissionais envolvidos na assistência ao parto, de forma que as práticas adotadas sejam baseadas em evidências científicas; e a capacitação dos membros da justiça de forma que os processos relacionados ao tema violência obstétrica sejam adequadamente julgados, permitindo uma adequada aplicação da justiça aos casos concretos.

Além disso, mostra-se necessário que sejam estabelecidas metas, com um possível incentivo financeiro para as instituições que reduzirem o número de cesáreas e que tenham bons indicadores relacionados às boas práticas na assistência ao parto. Ainda, a criação de novos Centros de Parto Normal deve ser encorajada, bem como a maior participação de uma equipe multidisciplinar de atenção à gestante e à parturiente, com a presença de enfermeiros, obstetras, parteiras e doulas, como já ocorre em países com baixíssimas taxas de cesarianas, ficando o médico responsável pelos partos mais complicados e que verdadeiramente necessitem de intervenções (RENFREW *et al.*, 2014; ZONDAG, CADÉE & GEUS, 2017).

4.2.1.1 O Projeto de Lei nº 878/2019¹⁵

Tramita na Câmara dos Deputados um projeto de lei (PL 878/2019) que “Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”. Esse projeto visa, além da humanização da assistência ao parto, reduzir o número de cirurgias cesarianas e a responsabilização administrativa, civil e penal dos profissionais e instituições que descumprirem a norma (BRASIL, 2019b).

A aprovação do referido projeto resultaria em um grande avanço, tanto para efetivação das políticas públicas, como para o combate à violência obstétrica no âmbito jurídico, já que esse tema atualmente é tratado de forma inadequada por parte dos magistrados, que tendem a confundir a violência obstétrica com o erro médico.

A criação da lei trata-se também de uma forma de buscar uma maior efetividade das recomendações já existentes por meio de manuais técnicos, recomendações internacionais e normas infralegais. Lamentavelmente, muitas vezes apenas com o advento da lei *stricto sensu* é que certos objetivos se tornam factíveis, pois, a partir daí, medidas de caráter punitivo-pedagógicas podem ser tomadas.

¹⁵ Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192345>



4.2.1.2 A Lei Estadual nº 5217/2018¹⁶

No estado de Mato Grosso do Sul, foi publicada em 26 de junho de 2018 a Lei nº. 5217 que “Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências”. A legislação apresenta uma vasta lista de situações que se enquadram como violência obstétrica. Além disso, traz a obrigatoriedade de elaboração de material informativo destinado à gestante e parturiente sobre violência obstétrica (MATO GROSSO DO SUL, 2018).

Essa legislação possui um caráter predominantemente informativo, já que não gera punições pelo cometimento da violência obstétrica, mas apenas em caso da não adoção de medidas educativas pelos órgãos públicos ou privados. Apesar disso, tal norma já representa um grande avanço no Estado para a política de humanização, pois poderá facilitar a caracterização da violência obstétrica, além de oferecer à gestante e à parturiente meios de informação acerca de seus direitos.

Assim, como essa lei traz em seu escopo um rol de situações que caracterizam a violência obstétrica, é possível que, no âmbito jurídico, se torne mais provável a responsabilização dos envolvidos, pois essa violência de gênero poderá ser mais facilmente entendida pelos magistrados.

¹⁶ Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=361631>



4.1.2 Intervenções na Formação dos Profissionais da Saúde

Conforme já demonstrado anteriormente, a formação dos profissionais da saúde representa um importante papel na perpetuação da violência obstétrica. Livros desatualizados e professores que embasam suas aulas em experiências pessoais propagam conceitos errados e ultrapassados que dificultam a adoção de boas práticas nos serviços de assistência obstétrica, com enfoque na humanização do parto e nascimento.

Iniciativas nesse sentido já foram tomadas por parte do Ministério da Saúde, como o projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Tal projeto tem como objetivo “qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos” (BRASIL, 2017d). Por tratar-se de uma medida recentemente adotada pelo Ministério da Saúde, ainda não foi possível constatar as possíveis melhorias advindas dessa intervenção.

Entretanto, a incorporação das mudanças propostas pela política de humanização do parto nos países da América Latina ainda tem sido lenta, além de encontrar grande resistência, inclusive por parte das instituições de ensino. Ainda existe uma importante valorização das medidas intervencionistas em detrimento ao parto normal (DINIZ & CHACHAM, 2006). Tal situação demonstra que os esforços com enfoque na formação profissional devem ser uma prioridade como política pública, estimulando práticas baseadas em evidências científicas sólidas e na humanização do parto e nascimento. Profissionais que já atuam na assistência obstétrica também devem passar por educação permanente como forma de atualizar seus conhecimentos com base em evidências científicas mais recentes.



4.1.3 Assistência Segura

Para se atingir um nível desejável de segurança na assistência ao parto, é importante que haja uma mudança cultural no cenário atual. Trata-se de uma tarefa complexa, pois exige intervenções em diversos campos da sociedade. Entretanto, as medidas adotadas no campo da formação profissional e educação permanente auxiliarão na implantação de uma assistência cada vez mais segura.

A segurança do paciente tem sido bastante debatida no âmbito sanitário desde 2013 com a publicação da Resolução - RDC nº 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências (BRASIL, 2013). O Programa Nacional de Segurança do Paciente visa uma redução nos eventos adversos ocorridos em serviços de saúde, com enfoque em medidas educativas (BRASIL, 2014b). No campo do parto e nascimento, em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou o Manual “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade”, visando trazer uma “base e orientação para a construção e reforma de unidades de atenção materna e neonatal além de guia para a organização e estruturação dos serviços” (BRASIL, 2014c, p. 8). Busca também servir “de apoio e referência para a construção de sistemas de segurança do paciente nessas unidades com vistas à redução de erros e danos inerentes ao processo assistencial” (BRASIL, 2014c, p. 8).

Antes mesmo da referida norma, a ANVISA já havia publicado a Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2008). Essa Resolução apresentou-se como um importante avanço com relação à infraestrutura física e de equipamentos que devem estar disponíveis para o parto, causando desde esse momento uma significativa mudança no entendimento tecnocrático da assistência ao parto.

Além disso, para implementação de uma assistência segura, é indispensável que os serviços de atenção obstétrica e os profissionais envolvidos pautem suas condutas e protocolos nas evidências científicas sólidas mais recentes. Nesse sentido, em âmbito interno temos a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2016a; 2016e), que se embasaram em estudos científicos para pautar suas recomendações. Em âmbito internacional, a OMS em 2018 publicou as “Recomendações de Cuidados Intraparto para uma Experiência Positiva de Parto” (tradução livre), contendo 56 recomendações sobre cuidados intraparto: 26 delas recém- desenvolvidas e 30 integradas a partir de diretrizes já existentes da OMS (OMS, 2018). Tais recomendações também foram desenvolvidas com base em evidências científicas sólidas, que indicam melhores resultados para a morbimortalidade materna e neonatal.



4.2 O COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO JURÍDICO

O cenário atual de assistência obstétrica denota que a violência obstétrica é um problema complexo e multifatorial, no qual uma série de direitos são violados, dentre esses, direitos fundamentais. Assim, tal situação afigura-se crescente importância e repercussão no mundo jurídico. Dentro desse contexto, surgem diversas campanhas de caráter informativo por parte do Ministério Público, Defensoria Pública e Conselho Nacional de Justiça (ALVES, 2018; DPMS, 2016; CNJ, 2017 e 2018), o que reflete a magnitude que esse tema alcançou no Brasil.

Entretanto, verifica-se que no âmbito jurídico há poucas decisões relacionadas a esse tema, o que não reflete a ausência de casos, mas a falta de notificação e de confiança no sistema jurídico brasileiro. É possível que essa falta de confiança seja decorrente da ausência de normas específicas que caracterizem adequadamente a violência obstétrica e que, como *ultima ratio*, criem medidas de punibilidade aos agentes.

Além disso, é comum que os magistrados produzam sentenças equivocadas com relação a esse tema, já que frequentemente situações de violência obstétrica são classificadas como erro médico. Tal situação dificulta a punibilidade dos agentes, pois o enquadramento desta violência de gênero, dessa forma, pode fazer com que esta seja descaracterizada (SILVA & SERRA, 2017).

Logo, torna-se imprescindível que os agentes do sistema de justiça participem de programas de capacitação sobre o tema para que possam aprimorar a análise dos processos, visualizando-os por meio de uma perspectiva de gênero.

Apesar de não haver legislação específica que preveja sanções para os envolvidos em situações de violência obstétrica, seja administrativa, civil ou criminalmente, o ordenamento jurídico brasileiro possui normas gerais que podem ser utilizadas na responsabilização desses atores.

Assim, nos tópicos a seguir será realizada uma explanação acerca das responsabilidades decorrentes da violência obstétrica tanto para os profissionais como para as instituições envolvidas na violação dos direitos da parturiente, com o objetivo de esclarecer melhor o tema no âmbito jurídico.



4.1.1 Responsabilidade Administrativa

No âmbito da responsabilidade administrativa, abordaremos separadamente as responsabilidades do profissional e as responsabilidades das instituições.

4.3.1.1 Responsabilidade Profissional

O Código de Ética Médica dispõe, em seu Capítulo IV, acerca das vedações a este profissional relacionadas às questões de direitos humanos:

Capítulo IV DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

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

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

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

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade. Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

(...)



Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime (CFM, 2009).

Entretanto, o que se nota na assistência obstétrica prevalente no Brasil é que a maioria dos médicos incorre uma ou mais violações constantes no referido capítulo. Muitas vezes o profissional utiliza como argumento para suas atitudes as deficiências do Sistema Público de Saúde e o exercício da autonomia profissional (Princípio Fundamental do Código de Ética Médica) (RODRIGUES *et al.*, 2018; AGUIAR, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013; HOTIMSKY & SCHRAIBER, 2005).

Estudos demonstram que dentre os médicos denunciados por possíveis infrações éticas, a especialidade mais frequente foi a ginecologia e obstetrícia. Porém, o que se verifica é uma taxa bastante baixa de penalização (ALMEIDA & PIMENTEL, 2016; KOECHE *et al.*, 2013; FUJITA & SANTOS, 2009; BITENCOURT *et al.*, 2007). Isso pode significar que os casos de violência obstétrica não estão sendo tratados de forma adequada pelos Conselhos Regionais de Medicina, até mesmo porque o próprio Conselho Federal já se declarou avesso ao uso do termo “violência obstétrica” (CFM, 2019).

Dessa forma, a busca da responsabilização do médico perante o Conselho de Classe torna-se uma tarefa difícil, que não tem apresentado resultados significativos. Porém, as denúncias aos Conselhos profissionais não devem cessar, pois a partir delas é possível verificar a magnitude do problema, ainda que, a princípio, não se alcance a pretendida responsabilização.



4.3.1.2 Responsabilidade das Instituições

No âmbito da assistência ao parto, é possível que as instituições sejam penalizadas administrativamente por descumprimento de normas sanitárias expedidas pela ANVISA, por incorrerem em infrações sanitárias. Assim, é possível buscar a responsabilização dos serviços de saúde por meio de denúncias aos órgãos sanitários competentes, quando há descumprimento de itens previstos nas Resoluções acerca de questões relacionadas à estrutura física, equipamentos, boas práticas e segurança do paciente.

As sanções previstas no art. 326 do Código Sanitário Estadual (MATO GROSSO DO SUL, 1992) são:

- I – Advertência;
- II – Penas educativas;
- III – Multa de 14 a 540 vezes o valor nominal da UFERMS; IV – Utilização de bens e/ou de produtos;
- V – Interdição parcial ou total de bens e/ou produtos; VI – Inutilização de bens e/ou produtos;
- VII – Suspensão de vendas e/ou uso de bens e/ou de produtos; VIII – Suspensão de fabricação de bens e/ou de produtos;
- IX – Interdição parcial ou total de empresas, estabelecimentos, setores de serviços, seções, habitações, edificações, prédios, acampamentos, hotéis e congêneres, dormitórios coletivos ou não, barracas, tendas, refeitórios, áreas de reunião de pessoas, máquinas, equipamentos, locais, dependências e veículos;
- X – Interrupção de serviço;
- XI – Cancelamento de autorização de obra;
- XII – Cancelamento de alvará de licença de funcionamento de estabelecimentos ou empresas;
- XIII – Cancelamento de alvará de habite-se; XIV – Embargo de obras;
- XV – Proibição de propaganda;
- XVI – Suspensão de responsabilidade técnica; XVII – Intervenção.

Portanto, caso o serviço de saúde cometa alguma irregularidade sanitária prevista em norma pertinente, poderá ser autuado e, conseqüentemente, penalizado, conforme descrito anteriormente.



4.1.2 Responsabilidade Civil

A responsabilidade civil surge quando ocorre um descumprimento obrigacional, seja porque deixou de cumprir um preceito estabelecido em um contrato, seja porque deixou de observar o sistema normativo que regulamenta sua vida. Assim, a responsabilidade nada mais é do que o dever de indenizar o dano (AZEVEDO, 2011). No âmbito civil, aplicam-se no campo da assistência obstétrica as disposições constantes no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 2002; 1990).

Dispõe o Código Civil em seu art. 186 que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. Em seu art. 187 dispõe que “também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes”.

São elementos constitutivos do ato ilícito, portanto, a conduta (ação ou omissão), onexo causal, o dano e a culpa genérica.

Na violência obstétrica, a conduta pode se dar pela ação ou omissão. Como condutas comissivas podemos citar, por exemplo, a manobra de Kristeller e a episiotomia realizada sem autorização, e como conduta omissiva, a recusa no atendimento à parturiente.

O nexo de causalidade é o liame que se estabelece entre o fato danoso e o dano, sendo elemento obrigatório para caracterização da responsabilidade civil (AZEVEDO, 2011).

Quanto à culpa genérica, esta pode ser entendida como dolosa (ação ou omissão voluntária) ou culposa (negligência ou imprudência), sendo que ambos geram o dever de indenizar (AZEVEDO, 2011). Entretanto, como nas relações contratuais entre hospitais e pacientes aplica-se o Código de Defesa do Consumidor, é possível ainda buscar a aplicação do instituto da responsabilidade objetiva dos fornecedores (art. 14, CDC) pelos danos advindos de defeitos relativos à prestação dos serviços, sem a necessidade de comprovação deculpa.

O Código de Defesa do Consumidor é aplicável ainda às relações entre profissional da saúde/paciente, no entanto, nesse caso há necessidade de comprovação da culpa. Nesse sentido:



Art. 31. **A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas** e em língua portuguesa **sobre suas características**, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, **bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores** (BRASIL, 1990 – *grifo nosso*).

O referido diploma também assegura a efetiva reparação dos danos sofridos (art. 6º, VI) e estabelece a responsabilidade solidária na reparação dos danos causados quando houver mais de um autor (art. 7º, parágrafo único). Assim, os fornecedores de serviços de saúde são responsáveis solidária e objetivamente, o que pode auxiliar na busca pela reparação dos danos decorrentes da violência obstétrica.

Muito ainda tem que se avançar, no entanto, com relação à responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica, que conforme já discorrido anteriormente, esta normalmente é apreciada pelos magistrados dentro do conceito de erro médico, o que é um entendimento equivocado. Porém, há que se falar que conquistas já foram alcançadas no âmbito jurídico, já que recentemente o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo trouxe o termo violência obstétrica em um de seus julgados, reconhecendo o parto humanizado como direito fundamental:

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para



enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido (TJ/SP 0001314-0720158260082, Relator: Fábio Podestá, 5ª Câmara de Direito Privado, Julgado em 11/10/2017).

Tal decisão representa um importante marco para o reconhecimento da violência obstétrica no âmbito da justiça brasileira, além de trazer uma inovação neste campo com a aplicação do instituto do dano *in re ipsa*. Esse instituto assegura de forma mais precisa a aplicação do direito fundamental da proteção da dignidade da pessoa humana e da justiça social, independente da comprovação de prejuízo da vítima e da culpa do ofensor, bastando apenas a demonstração da existência do fato. O dano moral, nesse caso, é presumido, já que ocorre a violação a um direito fundamental, caracterizando uma má-fé absoluta, indiscutível.



4.1.3 Responsabilidade Penal

“A responsabilidade penal decorre de um fato criminoso, seja de forma comissiva ou omissiva” (VELOSO & SERRA, 2016, p. 23). Neste caso, haverá “a aplicação de uma pena pessoal e intransferível à figura do transgressor, tendo em vista a gravidade do ilícito, uma vez que essa modalidade de responsabilidade visa a ordem social e também a punição” (VELOSO & SERRA, 2016, p. 23).

Apesar de não haver lei específica, é possível enquadrar a violência obstétrica em diversos tipos penais, como o constrangimento ilegal (art. 146, do Código Penal - CP), a ameaça (art. 147, CP), a calúnia (art. 138, CP), a difamação (art. 139, CP), a injúria (art. 140), o homicídio (art. 121, CP), a lesão corporal (art. 129, CP) e os maus tratos (art. 136, CP) (GUEDES & BORGES, 2017; SILVA & SERRA, 2017; VELOSO & SERRA, 2016;

SAUAIA & SERRA, 2016). Os resultados da presente pesquisa revelaram ainda situações que poderiam ser enquadradas como cárcere privado (art. 148, CP).

Comentar-se-á de forma breve acerca do homicídio e da lesão corporal, que são os crimes mais graves que podem ser cometidos em decorrência de condutas caracterizadas de violência obstétrica.

O homicídio (art. 121, CP) pode ser praticado na modalidade culposa ou dolosa. Na assistência obstétrica, por normalmente ser decorrente de imperícia, negligência ou imprudência, a conduta acaba sendo tipificada como culposa, muitas vezes na modalidade de culpa consciente. Entretanto, existe uma linha tênue entre a culpa consciente e o dolo eventual nos casos de violência obstétrica, pois muitas vezes o profissional assume o risco de produzir o resultado. Nota-se, porém, que via de regra os Tribunais tem classificado a conduta como culposa, como pode ser verificado nos seguintes julgados:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL.

(inobservância de regra técnica de profissão). Pena que não merece redimensionamento. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando



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

APELAÇÃO DESPROVIDA.(TJ/RS, Apelação crime nº: 70053392767, Relatora: Des.^a Lizete Andreis Sebben, 2ª Câmara Criminal, julgado em 14/11/2013) (*grifo nosso*).

HOMICÍDIO CULPOSO (ERRO MÉDICO). CRIME E AUTORIA COMPROVADOS. CONDUTA CULPOSA PLENAMENTE CONFIGURADA. CONDENAÇÃO MANTIDA. Como afirmou a Julgadora, condenando o recorrente pelo delito de homicídio culposo: a conduta culposa do denunciado, não havendo dúvida da sua ocorrência, tanto por negligência, já que em decorrência de milhares de partos que realizou, mostrou-se mais confiante de que obteria êxito na realização do **parto normal** (pois a situação, em tese, inicialmente o recomendaria), do que a ressalva que lhe era feita pela vítima e por seus familiares, no sentido de que a situação da parturiente era adversa, visto que já havia passado por outras duas intervenções cesarianas, tendo sido informada pelos médicos que anteriormente lhe prestaram tais atendimentos na gestação, de que não poderia parir por meio de parto normal. Ademais, a prova oral colhida demonstra que o réu, após solicitar o induzimento ao parto normal, manteve-se ausente do hospital, somente retornando quando avisado, pela enfermeira, de que os batimentos cardíacos do bebê estavam baixos... Também, tenho com ocorrida a culpa por imperícia, porque... **DECISÃO:** Apelo defensivo desprovido. Unânime. (TJ/RS, Apelação Crime Nº 70079771150, Relator: Sylvio Baptista... Neto, 1ª Câmara Criminal, Julgado em 20/02/2019) (*grifo nosso*).



Quanto à lesão corporal, esta pode ser classificada como de natureza leve (art. 129, caput, do CP), grave (art. 129, § 1º, CP) ou gravíssima (art. 129, § 2º, CP).

O art. 129, § 1º, inciso V, diz ser lesão corporal de natureza grave caso resulte aceleração de parto. Acelerar o parto é antecipar o nascimento do bebê antes do termo final da gravidez. No entanto, a criança deve nascer com vida. Caso contrário, haverá aborto e a lesão será gravíssima (art. 129, § 2º, V, CP). Vale pontuar que em ambas as situações, para que seja configurado crime, deve haver a comprovação do nexó causal, por meio de perícia, entre a agressão e a expulsão (GUEDES & BORGES, 2017, p. 86).

É previsto ainda no Código Penal a agravante genérica quando o crime é praticado contra mulher grávida (art. 61, II, “h”, CP), “em razão da situação de fragilidade em que se encontra, o que, além de facilitar a prática delitiva, demonstra uma maior insensibilidade por parte do agente” (GUEDES & BORGES, 2017, p. 86).

Dentre as práticas comumente ocorridas na assistência ao parto normal, a episiotomia merece destaque no âmbito penal, já que se for realizada sem autorização da mulher, pode ser interpretada como crime de lesão corporal (MARIANI, 2016).

Diante disso, observa-se que, ainda que não haja tipificação penal específica para os atos de violência obstétrica no Brasil, é possível obter-se a responsabilização criminal dos profissionais da saúde, enquadrando-os nos tipos penais já existentes.



5 CONCLUSÃO

A violência obstétrica é fundada por dois pilares: a violência contra a mulher e a violência institucional. Nesse cenário, nota-se a presença de uma relação hierárquica de poder/saber entre profissionais da saúde e pacientes aliada a estrutura patriarcal da sociedade. Como consequência, a violência praticada no âmbito da assistência obstétrica é banalizada e naturalizada, tornando-se imperceptível aos olhos da sociedade.

Além disso, o modelo tecnocrático existente é bastante propício à ocorrência de intervenções desnecessárias que minam o protagonismo da mulher no processo de parturição. Nesse sentido, verifica-se uma epidemia de partos cirúrgicos na qual ocorre um abuso no uso das tecnologias. Outrossim, há também um processo de mercantilização do corpo feminino, onde o lucro é priorizado em detrimento à saúde da mulher e do bebê. Portanto, a assistência obstétrica apresenta-se em um contexto de reorientação de acordo com os princípios e a lógica do mercado, sob o qual a saúde assume a condição de serviço comercial.

No presente estudo, fica evidente que ocorre uma invisibilidade da violência obstétrica no município de Campo Grande - MS, uma vez que apenas 19,3% das mulheres reconheceram a sua ocorrência, quando na realidade esta pôde ser caracterizada em 85,9%. Entretanto, esse número pode ser ainda maior, já que não foi possível verificar por meio do questionário todas as questões pertinentes às possíveis violações de direitos. Da mesma forma, não foi possível aferir a ocorrência de violência obstétrica durante gestação e as situações de abortamento, já que foram investigadas apenas as ocorrências relacionadas ao pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Verificou-se ainda que práticas proscritas e sem evidências científicas sólidas ainda são aplicadas rotineiramente nas maternidades de Campo Grande – MS. Os dados obtidos demonstraram que as mulheres são constantemente tratadas como incapazes durante a assistência ao parto e pós-parto imediato, o que confirma que ainda ocorre uma relação de poder entre profissionais da saúde e paciente, na qual o médico encontra-se no topo dessa hierarquia. Além disso, constatou-se a violação de diversos direitos fundamentais da mulher, como os direitos à informação, ao tratamento digno, à saúde, à integridade física, à privacidade e à autonomia.

Nota-se que a institucionalização do parto e o avanço das tecnologias faz com que esse processo fisiológico seja tratado cada vez mais como impossível de ser realizado sem a interferência médica. Assim, sempre que o profissional da saúde intervém no que ocorreria naturalmente e o bebê sobrevive, perpetua-se uma crença de que interventor foi responsável por “salvar” o bebê e que se o bebê nasceu vivo está tudo bem, não importando



todas as situações que ocorreram para que esse objetivo (“salvar o bebê”) seja atingido. Por trás de toda essa roupagem de “salvadores”, no entanto, fica claro que ocorrem diversas violações aos direitos fundamentais das mulheres e do neonato.

A violência obstétrica é, portanto, um problema complexo e multifatorial, o que dificulta a adoção de medidas para seu enfrentamento. Entretanto, ações integradas de diversos setores da sociedade (órgãos públicos e sociedade civil) são de fundamental importância para a redução do índice de violência obstétrica no país, já que medidas isoladas não têm se mostrado suficientes. Além disso, trata-se de um problema de saúde pública com impacto direto na mortalidade materna e neonatal.

Assim, infere-se que a adoção de políticas públicas multifacetadas para melhorar a atenção obstétrica brasileira é urgente, até mesmo porque o Brasil faz parte da cooperação internacional Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, no qual uma das metas é reduzir a mortalidade materna no mundo para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030 (ONU, 2015). Nesse sentido, conscientizar a sociedade em geral e fomentar uma reflexão acerca desse tema deve ser uma das prioridades do governo brasileiro, especialmente com foco nos profissionais da saúde e nos agentes do sistema de justiça. Ademais, é imprescindível a elaboração de normas de abrangência municipal, estadual e federal que tratem a violência obstétrica como uma violência de gênero, criando medidas educativas e punitivas em âmbito civil, administrativo e penal.

Algumas medidas de encorajamento das mulheres e facilitação de acesso aos meios de denúncia já têm apresentado alguns resultados, como um aumento de dez vezes no número de denúncias (junto à Central de Atendimento à Mulher) relacionadas ao tema violência obstétrica, em relação ao mesmo período do ano passado (CERDEIRA, 2019).

No entanto, ainda verifica-se a necessidade de que a violência obstétrica seja discutida em todos os setores da sociedade, pois o nascimento diz respeito a todos, já que todos um dia passamos por essa experiência e a todos interessa que os nascimentos sejam assistidos de forma adequada. Portanto, até mesmo campanhas educativas em escolas podem trazer melhores resultados na assistência ao parto, visto que essa é uma forma de promover o acesso à informação, direito essencial para poder realizar escolhas conscientes no momento do parto.



REFERÊNCIAS

ACOG - The American College of Obstetricians and Gynecologists. Definition of Term Pregnancy. **Committee Opinion**, n. 579, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co579.pdf?dmc=1&ts=20190513T0529243386>>. Acesso em 12 mai. 2019.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, Mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 abr. 2019.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, LiliaBlima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, nov. 2013, pp. 2287-2296.

ALECRIM, Gisele Machado; SILVA, Eduardo Pordeus; ARAÚJO, Jailton Macena de Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito**. Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba nº 02 - 2º Semestre de 2014.

ALMEIDA, Guilherme Assis de. **Direitos humanos e não-violência**. 2ª ed. São Paulo - SP:Atlas, 2015, recurso online.

ALMEIDA, Tomhara Alves, PIMENTEL, Déborah. Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. **Revista bioética**, v. 24, n. 1, p. 128-35, 2016.



ALONSO, Bruna Dias *et al.* Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 101, 2017.

ALVES, Elizete. Assecom MPMS. MPMS recomenda a gestores Públicos e Hospitais para que estabeleçam medidas de erradicação à violência obstétrica. 31 de ago. 2018. Disponível em <<https://www.mpms.mp.br/noticias/2018/08/mpms-recomenda-a-gestores-publicos-e-hospitais-para-que-estabelecam-medidas-de-erradicacao-a-violencia-obstetrica>>. Acesso em 18 de abr. 2019.

AMORIM, Melania M. *et al.* Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reprod Health**. v.14, n. 55, abr. 2017.

ARENDRT, Hannah. **Sobre a violência**. Trad. André Duarte. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ARGENTINA. **Ley Nacional nº. 26.485 – Ley de proteccion integral a las mujeres**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, 2009.

AWAD, Fahd. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Justiça do direito**, Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 111-120, 2006.

AZEVEDO, Álvaro Vilhaça. **Teoria Geral das Obrigações e Responsabilidade Civil**. 12ª Ed. São Paulo: Atlas, 2011 (recurso online).

BARROS, Fernando C. *et al.* Epidemic of caesarean sections in Brazil. **The Lancet**, v. 338, p. 167-169, jul. 1991.

BARROS, Fernando C. *et al.* Gestational age at birth and morbidity, mortality, and growth in the first 4 years of life: findings from three birth cohorts in Southern Brazil. **BMC Pediatrics**, v. 12, n. 169, 2012.



BARROS, Bruno Mello Correa de; RUVIARO, Rianne; RICHTER, Daniela. A violação dos direitos fundamentais na hora do parto: uma análise da autonomia e empoderamento da mulher. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, v. 5, n. 1, p. 67-104, 2017. Disponível em <http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/204/pdf_1>. Acesso em 15 ago. 2018.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira *et al.* Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 223-8, 2007.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848. Código Penal. Brasília, 7 de dezembro de 1940.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 05 out. 1988.

_____. Lei nº 8.078. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 11 de setembro de 1990.

_____. Portaria n.º 2.815. Brasília, 29 de maio de 1998.

_____. Portaria nº 985/GM. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília, 05 de agosto de 1999.

_____. Portaria GM/MS nº 569. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1º de junho de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei nº 10.406. Institui o Código Civil. Brasília, 10 de janeiro de 2002.

_____. Lei nº 11.108. 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, 7 de abr. de 2005.



_____. ANVISA. Resolução RDC nº 36. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 3 de junho de 2008.

_____. Portaria nº 1.459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a RedeCegonha. Brasília, 24 de junho de 2011.

_____. **Indicadores de mortalidade.** Razão de mortalidade materna 1990-2000. Rede Intergerencial de Informações para a Saúde. 2012a. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em 12 de abr. de 2019.

_____. **Indicadores de mortalidade.** Razão de mortalidade materna 2000 a 2011. Rede Intergerencial de Informações para a Saúde. 2012b. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em 12 de abr. de 2019.

_____. ANVISA. Resolução - RDC nº 36. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 25 de julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 371. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 7 de mai. de 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. ANVISA. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014c.

_____. Portaria nº 11. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o



atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, 7 de janeiro de 2015.

_____. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. CONITEC, 2016a. Disponível em: <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/07/Diretriz-Nacional-de-Assist%C3%A2ncia-ao-Parto-Normal-2016.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2019.

_____. **Estatísticas Vitais.** Nascidos vivos 2016b – Município de Campo Grande – MS Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 15 de abr. de 2019.

_____. Portaria nº 306. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, 28 de março de 2016c.

_____. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA.** Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Taxa de mortalidade materna. 2016d. Disponível em <<https://sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em 12 de mai. de 2019.

_____. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. CONITEC, 2016e. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf>. Acesso em 27 mai. 2019.

_____. **Estatísticas Vitais.** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Nascidos Vivos - Mato Grosso do Sul. Nascim. p/ resid. mãe segundo Município – Campo Grande, período 2014-2016. 2017a. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em 12 de out. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 353. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: 14 de fevereiro de 2017b.



_____. **Estatísticas Vitais**. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Nascidos Vivos - Brasil. Nascim. p/ resid. mãe por ano de nascimento segundo tipo de parto, período 1994-2017. 2017c. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em 26 mai. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - DAPES/SAS/MS. **Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**, Brasília, ago. 2017d. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>>. Acesso em 27 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Despacho, Brasília, 03 mai. 2019a. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0>. Acesso em 13 mai. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº. 878 de 19 de fevereiro de 2019b. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=C9D6D622713EEE8BD24C9B70303DF0C1.proposicoesWebExterno2?codteor=1712064&filename=PL+878/2019>. Acesso em 20 abr. 2019.

CAROCI, Adriana de Souza *et al.* Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mai/jun 2014, p. 402-8.



CARVALHO, Rachel de; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Enfermagem em CentroCirúrgico e Recuperação**. 2ª ed. Barueri – SP: Manole, 2016.

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979.

CERDEIRA, Rayssa. **Número de denúncias de violência obstétrica já é dez vezes maior esse ano**. Bem-estar & Saúde, 21 mai, 2019. Disponível em:

<http://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/260878/numero-de-denuncias-de-violencia-obstetrica-ja-e-d.htm?fbclid=IwAR3mSSk6ex2Qpgrer3l3c561yxxjcmV7qMZtauB4UqvdlV8T771_lgol-Sk> Acesso em 28 mai. 2019.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931**. Brasília, 17 de setembro de 2009.

_____. **Nota à Imprensa e à População**. Brasília, 9 de maio de 2019. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>>. Acesso em: 27 mai.2019.

CHAUÍ, Marilena. **Participando do debate sobre mulher e violência**. In *Perspectivas antropológicas da mulher*. v. 4. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984 *apud* SAFFIOTI, Heleieth I. B. *Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade*. **Lutas Sociais**. Jan./Jun. 1997.

CIDH - COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Belém do Pará**, Jun. 1994. Disponível em <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em 15 abr. 2019.

CIELLO, Cariny *et al.* **Violência obstétrica: “parirás com dor”**. Senado Federal: Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres)



CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. @cnj.oficial. **Facebook**. 14 mai 2017. Disponível em <<https://www.facebook.com/cnj.oficial/photos/-plano-de-parto-o-plano-pessoal-de-parto-%C3%A9-um-documento-elaborado-pela-mulher-ge/1540657859340302/>>. Acesso em: 23 set 2018.

_____. cnj_oficial. **Instagram**. 20 set 2018. Disponível em <https://www.instagram.com/p/Bn9s_iVnsTE/?taken-by=cnj_oficial>. Acesso em: 23 set 2018.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Relator Vistas nº 338/2016**. Veda a participação de profissionais de enfermagem na realização da manobra de Kristeller. Brasília, 2016.

COSTA, Fernanda Gomes da. Prolapso do Cordão Umbilical: uma urgência obstétrica. **Revista Percursos**, Ano 2, n. 03, 3ª Ed. Jan-mar, 2007, pp. 32-35. Disponível em: <http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n3_Jan2007.pdf>. Acesso em 20 mai 2019.

COSTA, Laís Bianchin da; CHERON, Cibele. Violência obstétrica, direitos sexuais e reprodutivos, subjetividade feminina, direitos humanos das mulheres. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)**, Florianópolis, 2017. Disponível em <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499483168_ARQUIVO_ArtigoLaiseCibe.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The role of obstetrical rituals in the resolution of cultural anomaly. **Social Science & Medicine**. v. 31, n. 1, 1990, pp. 175-189.

_____. The technocratic body: american childbirth as cultural expression. **Social Science & Medicine**. v. 38, n. 8, 1994, pp. 1125-1140.

_____. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**. nov. 2001; 75 Suppl 1:S5-S23.

DENEUX-THARAUX, Catherine *et al.* Postpartum Maternal Mortality and Cesarean



Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 108, n. 3, part. 1, p. 541-548, sept. 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005 .

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência Obstétrica como Questão para a Saúde Pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. I, n. 1, p. 80-91, 2006.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

DPMS – Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul. **Violência Obstétrica: Gestação e Parto**. 2016. Disponível em <<http://www.defensoria.ms.def.br/images/cartilhas-folders-icons/Folder%20Violência%20Obstétrica%202016.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

DRIFE, James Owen. The start of life: a history of obstetrics. **Postgraduate Medical Journal**, v. 78, 2002, pp. 311–315.

DUNDES, Lauren. The evolution of maternal birthing position. **American Journal of Public Health**, v. 77, n. 5, 1987, pp. 636–641.

ENGELMANN, George Julius. **Die geburt bei den urvölkern**. W. Braumüller: Vienna, 1884. Disponível em: <<https://archive.org/details/diegeburtbeidenu00enge/page/n5>>. Acesso em 05 mai. 2019.



FARIA, Renata Mercês Oliveira de; SAYD, Jane Dutra. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte de Minas Gerais (1960-2001). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.8, 2013 pp. 2421-2430.

FERNÁNDEZ, Ibone Olza; BERDÚN, Dolores Ruiz. Midwives experiences regarding obstetric violence. **International Marce Society- Biennial Scientific Conference**, Swansea, sept. 2014.

FILHO, Malaquias Batista; RISSIN, Anete. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 1, jan. / mar. 2018, pp. 5-6.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 21. ed. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1979. 295 p.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017, recursoonline.

FUJITA, Reginaldo Raimundo; SANTOS, Ilian Cardoso dos. Denúncias por erro médico em Goiás. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 55, n. 3, p. 283-289, 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 mai. 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 05 nov.2018.

GARCIA, Leila Posenato. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 3, p. 451-454, jul-set. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n3/2237-9622-ess-25-03-00451.pdf>. Acesso em 13 set 2018.



GONÇALVES, Tamara Amoroso. **Direitos humanos das mulheres e a comissão interamericana de direitos humanos**. 1º Ed. São Paulo: Saraiva 2013, recurso online.

GRUBER, Jonathan; OWINGS, Maria. Physician financial incentives and cesarean section delivery. **RAND Journal of Economics**, v. 27, n. 1, Spring, 1996, pp. 99-123.

GU, Vivian *et al.* Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2Months Postpartum. **Birth: Issues in Perinatal Care**, v. 43, n. 1, p. 28-35, mar. 2016.

GUEDES, Cristiane Achilles; BORGES, Luiza Nogueira. Pelo direito de parir: a violência obstétrica na perspectiva dos direitos humanos. **Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul [online]**, ano 8, v.17, Porto Alegre: DPE, jan/abr 2017.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. 1ªEd. São Paulo: Rideel, 2002.

GÜN, İsmet; DOĞAN, Bülent; ÖZDAMAR, Özkan. Long- and short-term complications of episiotomy. **Turkish Journal of Obstetrics Gynecology**, v. 13, n. 3, p. 144–148, sep. 2016.

HOPKINS, Kristine. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? **Social Science & Medicine**, n. 51, p. 725-740, 2000.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 639-649, 2005.



INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN. Follow-up Mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI). **Second Hemispheric Report on the implementation of the Belém do Pará Convention**, Apr. 2012. Disponível em <<http://www.oas.org/en/mesecvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-EN.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2019.

KOECHE, LG *et al.* Prevalência de erro médico entre as especialidades médicas nos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 42, n. 4, p. 45-53, jul-set 2013.

KONDO, Cristiane Yukiko *et al.* **Episiotomia: “É só um cortezinho”**. Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher. Mulheres em luta pela abolição da episiotomia de rotina. 1ª ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf>>. Acesso em 11 mai. 2019.

LARRAÑETA, Amaya. Denuncian que el 96% de las maniobras Kristeller se hacen sin el consentimiento de la madre. **20 minutos**, 20 jun. 2014. Disponível em <<https://www.20minutos.es/noticia/2176293/0/campana/stop-maniobra-kristeller/el-parto-es-nuestro/#xtor=AD-15&xts=467263>>. Acesso em 11 mai. 2019.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**, 2011-12. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n. 1, Florianópolis, p. 166-74, Jan-Mar. 2013.



LIMA, Renato Sérgio de *et al.* **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil.** Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Mar. 2017. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/03/relatorio-pesquisa-vs4.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (UNIBRASIL)**, Curitiba-PR, v.2, nº 25, p. 48-60, jul/dez 2016.

MATO GROSSO DO SUL. Lei nº 1293. Institui o Código Sanitário Estadual. Campo Grande, 21 de set. 1992.

_____. Lei nº. 5217 de 26 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, 27 jun 2018. Disponível em <http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9684_27_06_2018>. Acesso em 18 set 2018.

MEDINA, Graciela. Violencia obstétrica. **Revista de Derecho y Familia de las Personas**, Buenos Aires, n. 4, dic. 2009.

MELO, Inês *et al.* Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reproductive Health**, v. 11, n. 66, 2014.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, v. 25, São Paulo, p. 197-219, dez. 2002.

MOIETY, Fady M.; AZZAM, AMAL Z. Fundal pressure during labor. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 40, n. 4, p. 946-953, apr. 2014.

MPF – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo**, 07 mai. 2019.



Disponível em: < <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>>. Acesso em 13 mai. 2019.

NAROLL, Frada; NAROLL, Raoul; HOWARD, Forrest H. Position of women in childbirth: A study in data quality control. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 82, n. 4, p. 943-954, oct. 1961.

NEBIOLO, Molly. Surgery as a Science: The Intellectual and Practical Evolution of European Surgery from the 16th to the 18th century. **Butler Journal of Undergraduate Research**, v. 3, n. 1, p. 101-127, 2017.

NOBRE JÚNIOR, Edilson Pereira. O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista de Informação Legislativa**, a. 37 n. 145, p. 185-196, Brasília, jan/mar.

2000. Disponível em
<<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/568/r145-19.pdf?sequence=4>>. Acesso em 16 set 2018.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos tribunais de justiça da região sudeste. **Panóptica**, v. 11, n. 2, 2016.

_____. O tratamento jurisprudencial da violência obstétrica nos Tribunais de Justiça da região sudeste. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)**, Florianópolis, 2017. Disponível em

<http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1518015798_ARQUIVO_NOGUEIRA,Beatriz;SEVERI,Fabiana.OtratamentojurisprudencialdaviolenciaobstetricanosTribunaIsdeJusticadaregiaoSudeste.pdf> Acesso em 22.05.2019.

OAB NACIONAL – CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **OAB repudia despacho do Ministério da Saúde que elimina o termo**



violência obstétrica, 08 mai. 2019. Disponível em: <<https://www.oab.org.br/noticia/57183/oab-repudia-despacho-do-ministerio-da-saude-que-elimina-o-termo-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO global consultation on violence and health**, 1996a *apud* Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, 2014a.

_____. Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal**: um guia prático de saúde materna e neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996b.

_____. **Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)**. Health statistics and information systems, 2014b. Disponível em: <<https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>>. Acesso em 12 mai. 2018.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3> Acesso em 10 abr. 2019.

_____. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=331A9362CA7103DD8BDF27DDABDE3D6F?sequence>>. Acesso em 02abr. 2019.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 2009. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em 13 mai. 2019.

_____. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em 15mai. 2019.



OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa - Mortalidade materna**. Ago. 2018. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em 14 de abr. 2019.

O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Bretz Filmes, 2013. 1h30.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, v. 49, 2017.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico** (Porto Alegre), v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros *et al.* A história do nascimento (parte 1): cesariana. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 481-486, set. 2010.

PARTO DO PRINCÍPIO / FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. **Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher: Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. 1ª ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em 26 ago 2018.

PIMENTEL, Camila; RODRIGUES, Laís; MÜLLER, Elaine; PORTELLA, Mariana. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **Realis**, v.4, n. 01, Jan-Jun. 2014.

POTTER, Joseph E. *et al.* Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 323, n.7322, p. 1155-8, nov. 2001.



RATTNER, Daphne. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 19-33, 1996.

_____. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - comunic., saúde, educ.*, v. 13, n. 1, p. 595-602, jan. 2009.

RENFREW, Mary J *et al.* Midwifery and quality care: findings from a new evidenceinformed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, v. 384, n. 9948, p.1129-45, sept. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (2ª Câmara Criminal). Apelação crime nº: 70053392767. Apelante: Osmar Correa. Apelado: Ministério Público. Relatora: Des.^a Lizete Andreis Sebben. Porto Alegre, 14 nov. 2013. Publicado no Diário da Justiça Eletrônico em 28 nov. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (1ª Câmara Criminal). Apelação Crime nº 70079771150. Apelante: Hilmar Machado Alves. Apelado: Ministério Público. Relator: Sylvio Baptista Neto, Porto Alegre, 20 fev. 2019. Publicado no Diário da Justiça Eletrônico em 11 abr. 2019.

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* A Violência Obstétrica no Contexto do Parto e Nascimento. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 1, p. 236-46, jan. 2018.

RUNCIMAN, William B., MERRY, Alan F.; TITO, Fiona. Error, Blame, and the Law in Health Care—An Antipodean Perspective. *Annals of Internal Medicine*, v. 138, n. 12, p.974-980, jun. 2003.

RUNCIMAN *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.



RUSSELL, J. G. B. The rationale of primitive delivery positions. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 89, p. 712-715, sept. 1982.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (5ª Câmara de Direito Privado). Apelação nº 0001314-0720158260082. Apelante: Hospital Samaritano LTDA. Apelada: Michele Almeida Augusto. Relator: Fábio Podestá. São Paulo, 11 out. 2017. Publicado em 11 de out. 2017 no Diário da Justiça Eletrônico do Estado de São Paulo.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Human Growth and Development**, v.23, n. 2, p. 190-197, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**. Brasília, v.2, n. 1, p. 128 – 147, Jan/Jun. 2016.

SCHEEPERS, Hubertina C.J.; ESSED, Gerard G.M.; BROUNS, Fred. Aspects of food and fluid intake during labour Policies of midwives and obstetricians in the Netherlands. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 78, p. 37–40, 1998.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita; VIANA, Adriano Carvalho. Significando a violência obstétrica frente às formações médica e jurídica: erro médico ou violência de gênero? **Revista Lumen**, v. 3, n. 5, 2018.

SEWELL, Jana Eliot. **Cesarian Section**: a brief history. The American College of Obstetricians and Gynecologists in cooperation with the National Library of Medicine, 1993. Disponível em: <<https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>>. Acesso em 26 mai. 19.



SILVA, Artenira da Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Quaestio Iuris**. vol. 10, nº. 04, Rio de Janeiro, p. 2430-2457, 2017.

SILVEIRA, Sandra Cristina da; CAMARGO, Brígido Vizeu; CREPALDI, Maria Aparecida. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 23, n. 1, p. 01-10, Abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 abr. 2019.

SIMÕES, Ricardo Santos *et al.* **Dicionário etimológico de termos ginecológicos e obstétricos**, 2017. Disponível em: <<https://www.anatomia-papel-e-caneta.com/wp-content/uploads/2017/07/Dicionario-de-ginecologia.pdf>>. Acesso em 12 mai. 2019.

SIMPSON, Kathleen Rice; JAMES, Dotti C. Effects of oxytocin-induced uterine hyperstimulation during labor on fetal oxygen status and fetal heart rate patterns. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 199, n. 1, p. 34.e1 - 34.e, jul. 2008.

SOARES, Ricardo Maurício Freire. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: em busca do direito justo**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SONDGEROTH, Kristina E *et al.* Risk of Maternal Morbidity with Increasing Number of Cesareans. **American Journal of Perinatology**, v. 36, n. 04, p. 346-351, mar. 2019.

SOUZA, Cecilia de Mello e. C-sections as ideal birth: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v.3,n. 3, p. 358-66, 1994.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* Indução do trabalho de parto:



conceitos e particularidades. **FEMINA**, v. 38, n. 4, p. 185-194, abr. 2010.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

THOMASSON, Melissa A.; TREBER, Jaret. From home to hospital: the evolution of childbirth in the United States, 1927-1940. **NBER Working Papers**, v. 12, n. 32, oct. 2004.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação Mundial da Infância 2011**. Adolescência: Uma fase de oportunidades. New York, fev. de 2011.

_____. **The State of the World's Children 2016**: A fair chance for every child. New York, jun. 2016. Disponível em <https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf>. Acesso em 12 abr. 2019.

_____. **Quem Espera, Espera**. UNICEF Brasil, 2017. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf>. Acesso em 17 set 2018.

VELOSO; Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 18-37, Jan/Jun. 2016.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas, 23 abr. 2007.



VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª Ed. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA: São Paulo – SP, 2009.

WITKOWSKI, Gustave Joseph. **Histoire des accouchements chez tous les peuples**. G. Steinheil Éditeur: Paris, 1887. Disponível em:

<<https://archive.org/details/histoiredesaccou00unse/page/n7>>. Acesso em 05 mai. 2019.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, agosto 2004, Rio de Janeiro, pp. 279-285.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, Set. 2008. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 abr. 2019.

ZONDAG, Lianne; CADÉE, Franka; GEUS Myrte de. **Midwifery in the Netherlands**. RoyalDutch association of Midwives, 2017. Disponível em:

<<http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf>> Acesso em 26 mai 2019.

ZORZAM, Bianca; CAVALCANTI, Priscila. **Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito**. 1ª ed., São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016.



APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

“VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOBRE A VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO”	
Atenção: Responda ao questionário com base em sua última gestação	
I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
I.1. Iniciais (Primeira letra de cada nome/sobrenome): _____	
I.2. Data: /___/___	
I.3. Naturalidade (cidade onde nasceu): _____	
I.4. Data de nascimento: /___/___	
I.5. Estado Civil: 1.()Solteira 2.()Casada 3.()Amasiada 4.()Viúva 5.()Separada	
I.7. Raça: 1.()Branca 2.()Negra 3.()Parda 4.()Amarela 5.() Outra.	
I.8. Escolaridade (você estudou até que série/faculdade/pós-graduação)? _____	
I.9. Renda familiar (somar o salário de todos que trabalham na sua casa):_reais	
I.10. Quantas pessoas dependem dessa renda (contar você e as outras pessoas que dependem dessa renda)? _	
II. INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO E PARTO	
II.1. Número de gestações anteriores: __	
II.2. Data do parto: /___/___	
II.4. Qual tipo de parto você queria no início da gestação? 1.() normal 2.() cesárea	
II.3. Que tipo de parto você teve? 1.() normal 2.() cesárea agendada 3.() cesárea de emergência	
II.4. Onde foi seu parto? 1.() Hospital Público (SUS) 2.() Hospital privado (convênio ou particular) 3.() Domiciliar (em casa)	
<p>Violência obstétrica é uma forma de violência contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou aborto. Ela pode ser caracterizada pelo abuso no uso de medicamentos e procedimentos desnecessários, e a gravidez (que é um processo natural), passa a ser tratada como doença. Além disso, podem ocorrer abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência. Pode ocorrer também perda do poder de decisão da mulher, que não participa completamente das escolhas sobre a sua gestação e parto, impactando negativamente na sua qualidade de vida.</p>	
III. ATENDIMENTO DURANTE O PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO	
III.1. Você acha que sofreu violência obstétrica? 1.()Não 2.()Sim 3.() Não sabe.	
Caso você tenha entrado em trabalho de parto, responda as questões de III.2 a III.16:	
III.2. Você feita lavagem intestinal antes do parto? 1.()Não 2.()Sim 3.() Não sabe.	
III.3. Realizaram tricotomia (raspagem dos pelos pubianos [partes íntimas])? 1.()Não 2.()Sim 3.() Não sabe.	
III.4. O exame de toque (exame que verifica a dilatação) foi realizado várias vezes seguidas (mais de um por hora)? 1.()Não 2.()Sim 3.() Não sabe.	
III.4.1. Foi realizado exame de toque por mais de um profissional? 1.()Não 2.()Sim 3.() Não sabe	
III.5. Você sentiu sua privacidade violada (exemplo: colocada na maca de pernas abertas em que fechassem a porta)? 1.()Não 2.()Sim	
Se sim, descreva o que aconteceu: _____	
III.6. O profissional da saúde que te atendeu rompeu/estourou a sua bolsa das águas antes que elarompesse/estourasse sozinha? 1.()Não 2.()Sim 3.() Não sabe	

<p>III.7. Foi realizada episiotomia (corte nas partes íntimas / “pique lá em baixo”) durante o parto? 1.()Não 2.()Sim 3.() Não sabe</p>	
<p>Se sim:</p>	
<p>III.7.1. A episiotomia foi realizada após anestesia local? 1.()Não 2.()Sim 3.()Não sabe</p>	
<p>III.7.2. A episiorrafia (costura do corte / “pique lá embaixo”) foi realizada após aplicação de anestesia local? 1.()Não 2.()Sim 3.()Não sabe</p>	
<p>III.7.3. Você sentiu ou ainda sente algum desconforto durante a relação sexual por causa da episiotomia? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.8. Fizeram uso de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto? 1.()Não 2.()Sim 3.()Não sabe</p>	
<p>III.9. Você passou por algum procedimento feito exclusivamente para treinar estudante (s)? 1.()Não 2.()Sim 3.()Não sabe</p>	
<p>Se sim, qual (is): 1.() exame de toque 2.() episiotomia (corte nas partes íntimas) 3.() rompimento da bolsa 4.() lavagem intestinal 5.() Outro(s): _____</p>	
<p>III.10. Apertaram ou subiram na sua barriga para “ajudar” o bebê a nascer? 1.()Não 2.()Sim 3.()Não sabe</p>	
<p>III.11. Aplicaram anestesia quando você solicitou? 1.()Não 2.()Sim 3.()Não solicitei</p>	
<p>III.12. Deixaram você caminhar durante o trabalho de parto? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.13. Permitiram que você escolhesse a posição em que se sentia mais confortável para parir? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.14. Você teve “puxos dirigidos” pelo profissional de saúde, ou seja, ele dizia quando e como você devia fazer força, sem respeitar seu ritmo? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.15. Permitiram que você bebesse líquidos e se alimentasse durante o trabalho de parto? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.16. Foi utilizado fórceps (“ferro” para puxar o bebê e ajudá-lo a sair)? 1.()Não 2.()Sim 3.()Não sabe</p>	
<p>III.17. Aconteceu alguma outra situação que você achou desnecessária, dolorosa ou humilhante? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.17.1. Se sim, qual (is)? _____</p>	
<p>Em caso de cesárea responder as perguntas III.18 a III.22:</p>	
<p>III.18. Começaram a cortar seu abdômen, sem esperar a anestesia “fazer efeito”? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.19. Apertaram ou subiram na sua barriga para “ajudar” o bebê a nascer? 1.()Não 2.()Sim 3.()Não sabe</p>	
<p>III.20. Aconteciam conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.21. Mantiveram suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.22. Aconteceu alguma outra situação que você achou desnecessária, dolorosa ou humilhante? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.22.1 Se sim, qual (is): _____</p>	
<p>Responder as perguntas abaixo independente do tipo de parto:</p>	
<p>III.23. Você sentiu que foi tratada com agressividade, grosserias, deboche ou de alguma forma que fez você de sentir mal? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.24. Você sentiu que foi recriminada ou zombada porque gritou, chorou, teve medo, vergonha ou dúvidas? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.25. Você foi recriminada ou zombada por conta de alguma característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.26. Os profissionais da saúde ouviram suas queixas e esclareceram suas dúvidas? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.27. Os profissionais da saúde te trataram de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz (ex.: mãezinha, gordinha, ajudinha)? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.28. Algum profissional da saúde ou funcionário do hospital te recusou atendimento ao parto ou depois do parto? 1.()Não 2.()Sim</p>	
<p>III.29. Você teve direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o tempo? 1.()Não 2.()Sim 3.()</p>	

Parcial

III.30. Você foi impedida de se comunicar com o "mundo exterior", tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante?

1.()Não 2.()Sim

III.31. Foi realizado algum(ns) procedimento(s) sem antes pedir sua permissão? 1.()Não 2.()Sim

III.31.1 Se sim, qual (is): 1.()Exame de toque 2.()Episiotomia (pique/corte nas partes íntimas)

3.()Episiorrafia (costura do pique/corte) 4.()Rompimento forçado/artificial da bolsa 5.() Puxos dirigidos 6.()Apertaram ou subiram na sua barriga 7.()Lavagem intestinal 8.() Raspagem dos pelos íntimos 9.() Uso de fórceps ("ferro" para puxar o bebê)

10.() Outro(s). Qual(is): _____

III.32. Foi realizado algum(ns) procedimento(s) sem antes explicar, com palavras simples, a necessidade do que estavam oferecido ou recomendado? 1.()Não 2.()Sim

III.32.1 Se sim, qual (is): 1.()Exame de toque 2.()Episiotomia (pique/corte nas partes íntimas)

3.()Episiorrafia (costura do pique/corte) 4.()Rompimento forçado/artificial da bolsa 5.() Puxos dirigidos 6.()Apertaram ou subiram na sua barriga 7.()Lavagem intestinal 8.() Raspagem dos pelos íntimos 9.() Uso de fórceps ("ferro" para puxar o bebê)

10.() Outro(s). Qual(is): _____

III.33. Logo após o parto, o bebê foi colocado em contato pele a pele com você e você teve a chance de amamentar?

1.()Não 2.()Sim 3.()Não, porque você, o bebê, ou os dois necessitaram de cuidados especiais

III.34. Após o parto, o bebê foi colocado ao seu lado no alojamento conjunto/apartamento?

1.()Não 2.()Sim 3.()Não, porque você, o bebê, ou os dois necessitaram de cuidados especiais

III.35. Após o parto, foi permitido que você amamentasse pelo tempo que o bebê quis?

1.()Não 2.()Sim 3.()Não, porque você, o bebê, ou os dois necessitaram de cuidados especiais

III.36. Caso você queria relatar mais alguma situação que ocorreu no seu último parto que você considere violência obstétrica, descreva aqui: _____

III.37. Você concorda que os dados coletados nesse questionário sejam utilizados em pesquisas futuras sobre temas relacionados à violência obstétrica? 1.() Não 2.() Sim

APÊNDICE B – TCLE FÍSICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada Violência obstétrica: uma análise sobre a violação de direitos fundamentais da mulher durante a assistência ao parto e pós-parto imediato, que tem como objetivo analisar os principais direitos fundamentais da mulher violados durante a assistência ao parto.

Violência obstétrica é uma forma de violência contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou aborto. Ela pode ser caracterizada pelo abuso no uso de medicamentos e procedimentos desnecessários, e a gravidez (que é um processo natural), passa a ser tratada como doença. Além disso, podem ocorrer abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência. Pode ocorrer também perda do poder de decisão da mulher, que não participa completamente das escolhas sobre a sua gestação e parto, impactando negativamente na sua qualidade de vida.

A violência obstétrica apresenta-se como uma forma recorrente de violência contra a mulher no Brasil. Entretanto, esse tema pouco foi discutido no direito brasileiro, especialmente no tocante à violação de direitos fundamentais. Além disso, devido à difícil caracterização dessa forma de violência, os dados sobre sua ocorrência são escassos, o que pode ser um fator complicador para seu melhor enfrentamento.

Poderão participar desse estudo todos os indivíduos do sexo feminino com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram filhos entre 2016 e 2019 no município de Campo Grande – MS e que declararem estar de acordo com este termo de consentimento livre e esclarecido. Menores de 18 anos ou indivíduos com qualquer tipo de prejuízo de sua capacidade civil não poderão participar do estudo.

A sua participação no referido estudo será responder um questionário estruturado, após breve explicação sobre o conceito de violência obstétrica. Tal questionário poderá ser autorrespondível (nas rodas de conversa para gestantes) ou poderá ser respondido por meio de conversa explicativa em local reservado, com leitura de cada pergunta do questionário para esclarecimento de dúvidas. No caso de questionário autorrespondível, cada questão será lida e as dúvidas acerca de cada questão poderão ser esclarecidas, utilizando-se recurso visual (datashow).

Os riscos para participação nessa pesquisa são mínimos, já que não há abordagem ofensiva ou qualquer prejuízo às envolvidas. É possível que você se sinta um pouco desconfortável para responder algumas perguntas, pois elas poderão te recordar momentos em que você se sentiu violentada ou violada. Porém, não é obrigatório responder a todas as perguntas, se assim o desejar. Além disso, seus dados serão mantidos no mais absoluto sigilo em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS.

A participação nesta pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto, mas seus resultados poderão colaborar para a implementação de medidas de prevenção e controle da violência obstétrica por meio de políticas públicas e contribuir para propor mecanismos para o seu enfrentamento também no âmbito jurídico.

A sua participação neste estudo se dará apenas no momento em que você responder o questionário.



O tempo aproximado para responder ao questionário é de 8 a 20 minutos (a depender do tipo de parto). Se você concordar em participar, as informações obtidas relacionadas a você serão registradas em formulários próprios. Os dados e resultados serão armazenados e analisados por computador na forma de códigos/números, sendo que os seus dados pessoais serão mantidos em sigilo o tempo todo. Portanto, o seu nome não constará nos formulários ou em qualquer outro registro ou publicação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período de mínimo 5 anos. Se você autorizar, o material oriundo da pesquisa (banco de dados) poderá ser utilizado em pesquisas futuras sobre temas relacionados à violência obstétrica.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que estiver recebendo por desejar sair da pesquisa. Se você tiver ainda dúvidas quanto ao projeto de pesquisa, você pode entrar em contato com a Pesquisadora Responsável:

Larissa Cavaretto. Telefone para contato: (67) 3022-0876 / 992118872. E-mail para contato: violenciaobstetricacg@gmail.com ou larissacavaretto@hotmail.com

Se você tiver ainda dúvidas quanto a sua participação e desejar alguma informação adicional sobre aspectos éticos referentes ao presente projeto, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), no seguinte telefone e e-mail:

Tel: (67) 3345-7187. E-mail: cepconep.propp@ufms.br

A devolutiva dos resultados obtidos nessa pesquisa será realizada por meio de exposição de banners e folders nos locais onde foram realizadas as coletas de dados.

Entendo que receberei uma via deste documento, assinada pela pesquisadora responsável.

Campo Grande, MS ____/____/201__

Nome completo do participante: _____

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável



APÊNDICE C – TCLE ONLINE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada Violência obstétrica: uma análise sobre a violação de direitos fundamentais da mulher durante a assistência ao parto e pós-parto imediato, que tem como objetivo analisar os principais direitos fundamentais da mulher violados durante a assistência ao parto.

Violência obstétrica é uma forma de violência contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou aborto. Ela pode ser caracterizada pelo abuso no uso de medicamentos e procedimentos desnecessários, e a gravidez (que é um processo natural), passa a ser tratada como doença. Além disso, podem ocorrer abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência. Pode ocorrer também perda do poder de decisão da mulher, que não participa completamente das escolhas sobre a sua gestação e parto, impactando negativamente na sua qualidade de vida.

A violência obstétrica apresenta-se como uma forma recorrente de violência contra a mulher no Brasil. Entretanto, esse tema pouco foi discutido no direito brasileiro, especialmente no tocante à violação de direitos fundamentais. Além disso, devido à difícil caracterização dessa forma de violência, os dados sobre sua ocorrência são escassos, o que pode ser um fator complicador para seu melhor enfrentamento.

Poderão participar desse estudo todos os indivíduos do sexo feminino com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram filhos entre 2016 e 2019 no município de Campo Grande – MS e que declararem estar de acordo com este termo de consentimento livre e esclarecido. Menores de 18 anos ou indivíduos com qualquer tipo de prejuízo de sua capacidade civil não poderão participar do estudo.

A sua participação no referido estudo será responder a um questionário online no *Google Forms*. O tempo aproximado para responder ao questionário é de 8 a 20 minutos (a depender do tipo de parto). Esse questionário poderá ser respondido em qualquer lugar que tenha acesso a internet.

Os riscos para participação nessa pesquisa são mínimos, já que não há abordagem ofensiva ou qualquer prejuízo às envolvidas. É possível que você se sinta um pouco desconfortável para responder a algumas perguntas, pois elas poderão te recordar momentos em que você se sentiu violentada ou violada. Porém, não é obrigatório responder a todas as perguntas, se assim o desejar.



Além disso, seus dados serão mantidos no mais absoluto sigilo em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS.

A participação nesta pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto, mas seus resultados poderão colaborar para a implementação de medidas de prevenção e controle da violência obstétrica por meio de políticas públicas e contribuir para propor mecanismos para o seu enfrentamento também no âmbito jurídico.

A sua participação neste estudo se dará apenas no momento em que você responder o questionário. Se você concordar em participar, as informações obtidas relacionadas a você serão registradas em formulários próprios. Os dados e resultados serão armazenados e analisados por computador na forma de códigos/números, sendo que os seus dados pessoais serão mantidos em sigilo o tempo todo. Portanto, o seu nome não constará nos formulários ou em qualquer outro registro ou publicação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período de no mínimo 5 anos. Se você autorizar, o material oriundo da pesquisa (banco de dados) poderá ser utilizado em pesquisas futuras sobre temas relacionados à violência obstétrica.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que estiver recebendo por desejar sair da pesquisa. Se você tiver ainda dúvidas quanto ao projeto de pesquisa, você pode entrar em contato com a Pesquisadora Responsável:

Larissa Cavaretto. Telefone para contato: (67) 3022-0876 / 992118872. E-mail para contato: violenciaobstetricacg@gmail.com ou larissacavaretto@hotmail.com

Se você tiver ainda dúvidas quanto a sua participação e desejar alguma informação adicional sobre aspectos éticos referentes ao presente projeto, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), no seguinte telefone e e-mail:

Tel: (67) 3345-7187. E-mail: cepconeppropp@ufms.br

A devolutiva dos resultados obtidos nessa pesquisa será realizada por meio de exposição de banners e folders nos locais onde foram realizadas as coletas de dados e através envio dos resultados para o e-mail informado durante o seu cadastro.

Entendo que receberei uma via deste documento, assinada pela pesquisadora



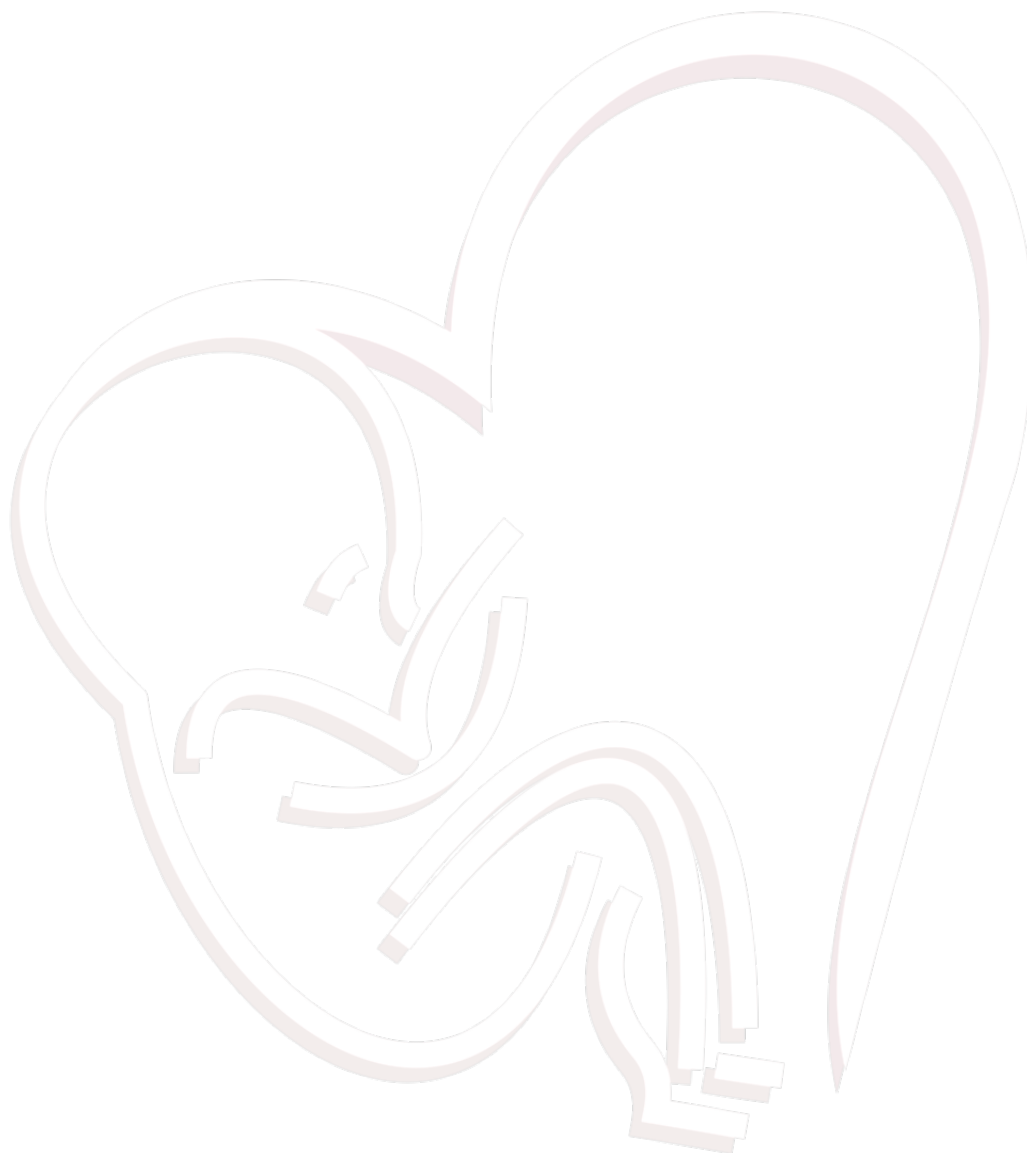
responsável.

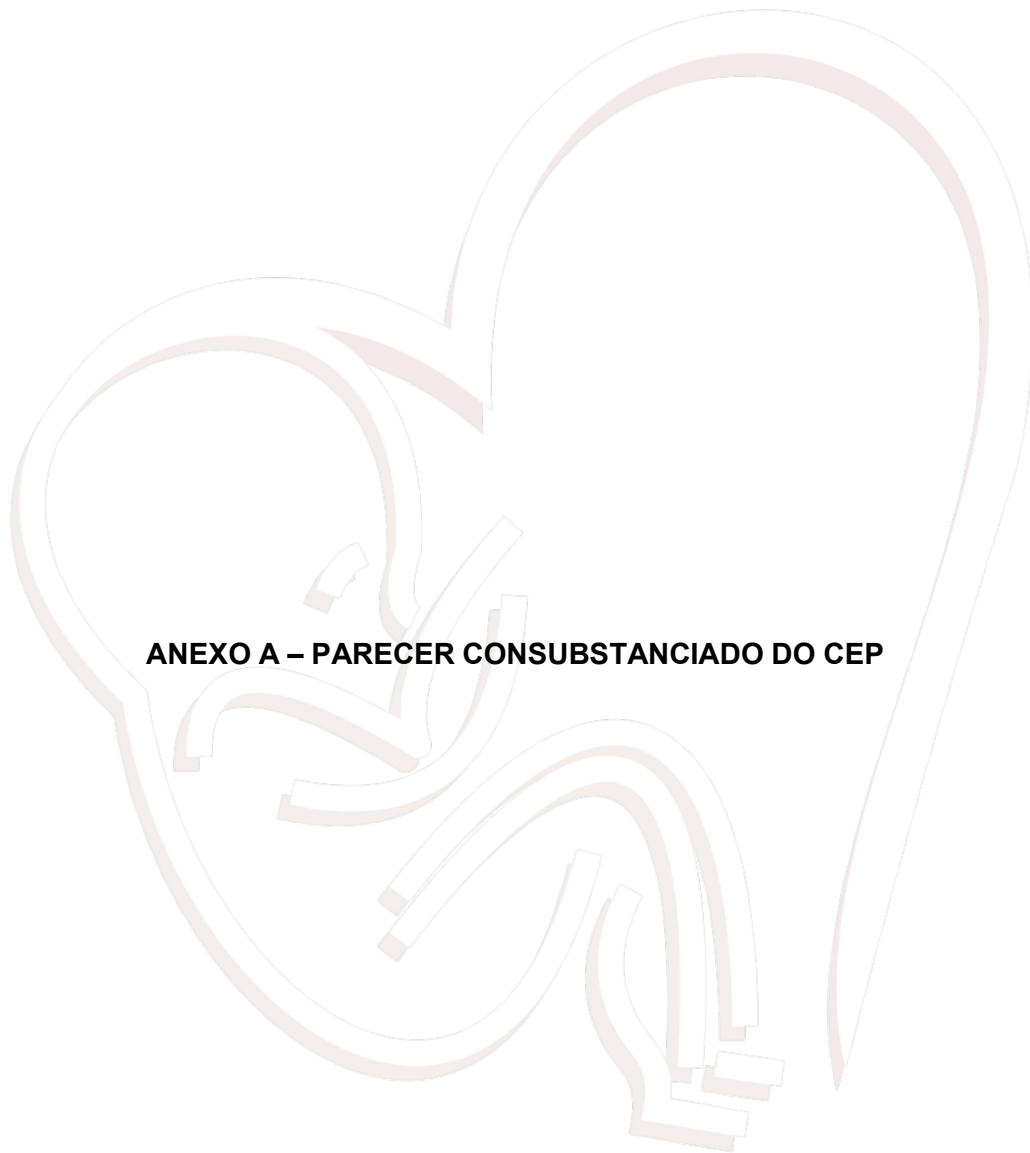
Campo Grande, MS ____/____/201_

Nome completo do participante: _____

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável





ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP





UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência obstétrica: uma análise sobre a violação de direitos fundamentais da mulher durante a assistência ao parto

Pesquisador: LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02632618.6.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.096.702

Apresentação do Projeto:

Segundo o(a) pesquisador(a) a violência obstétrica apresenta-se como uma forma recorrente de violência contra a mulher no Brasil. Entretanto, esse tema pouco foi discutido no Direito brasileiro, especialmente no tocante à violação de Direitos Fundamentais. Além disso, devido à difícil caracterização dessa forma de violência contra a mulher, os dados sobre sua ocorrência são escassos, o que pode ser um fator complicador para seu melhor enfrentamento. A presente pesquisa tem como objetivo analisar quais são os direitos fundamentais da mulher ordinariamente violados durante a assistência ao parto. Para tanto, será realizada pesquisa bibliográfica para caracterizar a evolução histórica da violência obstétrica no Brasil, bem como realizar um levantamento documental dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988 que possivelmente são violados durante a assistência ao parto na prática brasileira. Ainda, com a finalidade de demonstrar a ocorrência dessa forma de violência contra a mulher, será realizado um estudo analítico, transversal, quantitativo com 287 (duzentos e oitenta e sete) mulheres que tiveram filhos no período de 2016 a 2019 no Município de Campo Grande – MS (pesquisa de campo), com objetivo de identificar os procedimentos e formas de tratamento que acarretaram em violação dos direitos fundamentais da mulher durante a assistência ao parto. Estabeleceu como critérios de inclusão os indivíduos do sexo feminino que tiveram filhos, no período de 2016 a 2019, no Município de Campo Grande (MS), com idade maior ou igual a 18 anos e de exclusão as menores de 18 anos e com qualquer prejuízo de sua capacidade civil e intelectual e as Indígenas.

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br





Continuação do Parecer: 3.096.702

Os resultados do presente estudo além de colaborarem para a implementação das medidas de prevenção e controle da violência obstétrica por meio de políticas públicas, contribuirão para propor mecanismos para o seu enfrentamento também no âmbito jurídico.

Objetivo da Pesquisa:

O(a) pesquisador(a) estabeleceu como objetivo analisar os principais direitos fundamentais da mulher violados durante a assistência ao parto; contextualizar a violência obstétrica no Brasil, por meio de análise de documentos jurídicos, bem como comparar a legislação internacional; identificar quais os possíveis direitos fundamentais violados durante a assistência ao parto; analisar os casos concretos de violência obstétrica ocorridos no Estado de Mato Grosso do Sul, por meio de aplicação de questionário estruturado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo o(a) pesquisador(a) os riscos são mínimos, já que não há abordagem ofensiva ou qualquer prejuízo às envolvidas. É possível que a participante se sinta um pouco desconfortável para responder algumas perguntas, pois poderão recordar momentos em que se sentiu violentada ou violada. Porém, não é obrigatório responder a todas as perguntas.

Benefícios: Segundo o(a) pesquisador(a) a participação nesta pesquisa não trará nenhum benefício direto às participantes, mas seus resultados poderão colaborar para a implementação de medidas de prevenção e controle da violência obstétrica por meio de políticas públicas e contribuir para propor mecanismos para o seu enfrentamento também no âmbito jurídico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta temática atual, encaminha projeto de pesquisa que informa objetivo; delimita problema; método; plano de recrutamento (delimitando critérios de inclusão e exclusão); prevê o número de 287 participantes; encaminha a autorização da Gerência Educação Permanente. Divisão Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação (SGTE/SESAU/CG/MS); o roteiro para as entrevistas reelaborado; os riscos e benefícios gerais da pesquisa, especificando, quando/se necessário, a assistência, intervenção e o encaminhamento para atendimento de emergência e psicológico, com acompanhamento do(a) pesquisador(a); informa o prazo de utilização das informações pelo(a) pesquisador(a) e o destino dos questionários respondidos no final da pesquisa; cronograma adequado; orçamento e informa que a fonte de financiamento é própria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os modelos de TCLEs (documento obrigatório) foi encaminhado, constando como e quem irá obter as informações para a pesquisa; objetivo; riscos e benefícios; metodologia; a possibilidade de

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br





Continuação do Parecer: 3.096.702

esclarecimentos antes e durante a pesquisa sobre a metodologia; a duração das intervenções ao participantes; informa sobre a inexistência de ressarcimento de gastos/formas de ressarcimento/Indenização; sobre as responsabilidades do pesquisador; sobre o local de preenchimento dos questionários e os critérios para suspender ou encerrar o preenchimento dos questionários; prazo que os dados coletados serão utilizados e o destino dos questionários no final da pesquisa; consta campo para assinatura/visto dos participantes em todas as páginas do TCLE; o contato (telefone e e-mail) do(a) pesquisador(a) e do CEP (telefone e e-mail).

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. Os documentos encaminhados atendem aos cuidados éticos previstos da Res. 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Larissautorizacao20181204064051.pdf	04/12/2018 17:34:45	Edilson José Zafalon	Aceito
Outros	LARISSATermodeResponsabilidadeeSES AU.pdf	04/12/2018 17:34:31	Edilson José Zafalon	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	03/12/2018 01:11:02		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RECURSOCEP.pdf	03/12/2018 01:10:32	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	03/12/2018 01:06:52	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
Outros	QUESTIONARIOCEP.pdf	03/12/2018 01:06:37	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEONLINECEP.pdf	03/12/2018 01:05:37	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEFISICOCEP.pdf	03/12/2018 01:05:27	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br





Continuação do Parecer: 3.096.702

Ausência	TCLEFISICOCEP.pdf	03/12/2018 01:05:27	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1253307.pdf	07/11/2018 22:39:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	07/11/2018 22:35:25	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEONLINE.doc	07/11/2018 22:34:45	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFISICO.doc	07/11/2018 22:33:31	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.doc	07/11/2018 22:31:21	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoCEP.pdf	07/11/2018 21:40:11	LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Edilson José Zafalon
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



ANEXO B – TERMOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA PARACOLETA DE DADOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;

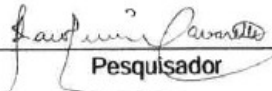
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 03 de dezembro de 2018.


Secretaria Municipal de Saúde
José Alexandre dos Santos
Gerência Educação Permanente
Divisão Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação
SGTE/SESAU/CGMS


Pesquisador





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), LARISSA DOS SANTOS PEREIRA CAVARETTO, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 019.123.271-80, portador (a) do documento de identidade sob nº. MS7962 SEJUS/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. OLINDA ALVES, CASA 21, nº. 819, bairro RITA VIGIRA, nesta Capital, telefone nº. 992118872, pesquisador (a) do Curso de DIRIGITO, da instituição UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, com o título do projeto de pesquisa VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOBRE A VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO, o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 03 de DEZEMBRO de 2018.

Larissa dos Santos Pereira Cavaretto
Pesquisador (a)

José Alexandre dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência Educação Permanente
Divisão Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação
SGTE/SESAU/CGMS



ANEXO C – DEPOIMENTOS

F.S.M. (depoimento nº 2): Induziram o parto normal mesmo com indicação médica de cesárea e mesmo sem eu querer ter parto normal. A bebê foi puxada e por isso teve uma lesão na perna.

V.J.A.N. (depoimento nº 3): Levaram meu filho para sala de emergência sem me explicar o porquê, ficou em observação por uma hora e somente depois disso me permitiram ficar com meu filho, mas meu marido acompanhou os procedimentos.

C.M.E. (depoimento nº 5): Fui de manhã na maternidade e o médico me mandou embora, mesmo não passando bem e não aguentando andar. Voltei à noite e fizeram a cesárea.

C.C. (depoimento nº 7): O médico a princípio não quis me internar porque queria esperar o parto normal, mas depois de ver os exames me deixou fazer cesárea no próximo plantão.

Não me deram atendimento quando tive reação à anestesia, nada foi feito, tive medo demorrer, me deixaram sozinha no corredor.

N.F.B. (depoimento nº 11): A anestesia não pegou e mesmo assim não esperaram para começar a cortar. Negaram a laqueadura, mesmo eu já tendo o pedido.

Me zombaram pelo fato de eu já ter três filhos e não conseguir amamentar, me mandaram tirar a roupa da bebê para que ela sentisse fome.

A.A.M.S. (depoimento nº 13): Colocaram o DIU sem me explicar direito como funcionava.



A.F.C. (depoimento nº 14): Eu não tive dilatação completa, quando estava com 7 cm o médico forçou com as mãos para aumentar a dilatação e para puxar o bebê, o que doeu muito.

F.R.S. (depoimento nº 15): Foram aplicados medicamentos sem nenhuma explicação. A médica foi grosseira. Fui jogada na maca de qualquer jeito para ir para o Centro Cirúrgico. Depois do parto pediram para meu marido sair, porque não podia ser homem para ficar de acompanhante.

Estava de 42 semanas com encaminhamento do posto e pedi para fazer a cesárea, mas a médica não quis, tive que insistir para conseguir. A enfermeira reclamou, me acusando de mexer na sonda. No primeiro dia depois do parto tive dificuldade pra tomar banho, pedi ajuda, mas ninguém ajudou.

M.G.M. (depoimento nº 17): Não me deixaram ficar no chuveiro por muito tempo, pediram pra eu voltar pra sala.

S.M.B.F. (depoimento nº 18): Fui tratada com descaso, estava sem acompanhante e com as contrações aumentando e não tive nenhuma atenção da enfermeira.

C.P.S. (depoimento nº 21): Não deixaram meu marido filmar o parto.

L.S.L. (depoimento nº 23): Apertaram muito forte minha barriga, fiquei um mês com dores.

O médico ficou fazendo deboche devido a minha preocupação, porque eu estava com muito tempo de gestação (42 semanas).

Levaram meu filho depois do parto sem me explicar nada, demoraram um tempo para trazê-lo de volta e continuaram sem explicar.



T.C.M. (depoimento nº 26): Tive que ficar esperando um tempão num corredor muito quente. O médico não queria fazer a cesárea, queria me dar alta. Tive que fazer um ultrassom por conta, porque não foi feito no hospital e somente depois de fazer o ultrassom que foi feita a cesárea por falta de líquido.

A.L.R. (depoimento 29): A enfermeira não queria deixar meu marido entrar, tive que pedir pro médico.

M.P.R. (depoimento 32): No dia seguinte ao parto a enfermeira falou pra eu levantar mesmo com dor para dar banho nas bebês (gêmeas).

Não tive muito auxílio para amamentar, mexiam no meu seio de forma muito dolorida. Tive pré-eclâmpsia e não tive alimentação adequada.

M.S.P. (depoimento nº 31): Fiquei com dor após apertarem minha barriga.

T.R.R. (depoimento nº 33): O médico de plantão quis fazer o pique e apertar minha barriga, mas meu médico estava junto e não deixou.

S.P. (depoimento nº 35): Depois do parto ninguém te ajuda a cuidar do bebê, dar banho, trocar fralda.

N.F. (depoimento nº 37): Ninguém me explicou porque a bebê demorou pra ir pro quarto, o que me deixou preocupada.

R.S. (depoimento nº 38): Não aguentava mais e ficaram tentando o parto normal. Somente depois de muito pedir é que me mandaram para cesárea, fiquei sofrendo por muito tempo.



L.B. (depoimento nº 40): Liguei para o SAMU, mas não foram atender porque estava chovendo muito, eles recusaram o atendimento. Tive meu parto sozinha em casa e desmaiei. Não consegui ajuda dos vizinhos. Minha filha nasceu à meia noite e só fui atendida quando liguei pro SAMU pela segunda vez, 3h da manhã, isso porque eu insisti. Eu tive uma hemorragia. A funcionária que atendeu falou que eu podia esperar porque a bebê já tinha nascido.

A.F. (depoimento nº 42): A médica do plantão não quis fazer minha cesárea, tive que implorar para que fizessem a cesárea no outro plantão. Fiquei 22h em trabalho de parto.

V.L.S.O. (depoimento nº 43): Eu nunca encontrava ninguém pra me atender, principalmente de madrugada. A enfermeira não queria me deixar com a coberta, mesmo com frio, mesmo pedindo. Depois da cirurgia a enfermeira me chamou de mole porque eu estava com dificuldade de andar.

P.B.O.S. (depoimento nº 49): Demoraram 1 hora e meia pra levar minha filha.

P.P. (depoimento nº 54): O toque foi muito dolorido, a médica era muito grossa. Tive laceração de grau 4, por isso vou precisar fazer uma cirurgia. O médico falou que meu próximo filho terá que nascer por cesariana.

E.M.A. (depoimento nº 58): Demoraram muito pra atender e fiquei muito tempo sozinha, ficou umas 2 horas sem ninguém vir me ver. O pai teve que chamar as enfermeiras porque senão a bebê ia nascer sem ninguém pra ajudar.

A enfermeira falou: "na hora que você fez não sentiu dor, na hora de virar os olhinhos".

B.S.B. (depoimento nº 59): Logo depois que o médico fez o toque veio uma estudante e fez também, sem pedir minha autorização.



C.P. (depoimento nº 62): A médica do plantão não quis fazer o parto cesárea, pediu para eu esperar 3h, mas outro médico aceitou fazer antes.

T.S. (depoimento nº 65): O bebê era muito grande, tive que fazer muita força. Queria ter feito um ultrassom antes e talvez ir pra cesárea.

I.F.S.C. (depoimento nº 66): A estagiária me forçou a tomar dipirona e discutiu comigo porque eu me recusei a tomar o medicamento.

A.P.O.R. (depoimento nº 68): Fiquei no corredor e só dei uma olhada no meu filho, só pude ver ele quando fui pro quarto.

J.B.S.V. (depoimento nº 69): Apesar de darem anestesia pra costurar (episiotomia), não peguei eu senti dor. Meu parto foi difícil, meu filho nasceu "morto" porque tinha feito cocô na barriga, ficou na UTI neo por um mês. Eu fiquei com dor vários dias porque apertaram minha barriga. Pedi cesárea, mas não deixaram. Eu vomitei e desmaiei, mas ninguém veio me ajudar, só minha mãe me ajudava.

J.R.S. (depoimento nº 70): Me falaram: "na hora que tava lá (na relação sexual) não estava chamando a mãe", "quer ter filho e não quer sentir dor?".

A.B.C.M. (depoimento nº 72): A cama era muito alta, eu tinha que subir numa cadeira e depois na escada pra descer. Fiquei 5 horas longe do meu filho. Impediram meu marido de acompanhar o bebê nos procedimentos. Não me ajudaram em nada a cuidar do bebê.

Fiquei com a barriga e as costas roxas, fiquei com muita dor e não conseguia respirar direito porque apertaram minha barriga. Não deixaram meu marido entrar no quarto. Fiquei quase 6 horas sem amamentar porque não tive ajuda.

R.C.P. (depoimento nº 79): Minha mãe não pode acompanhar a cesárea porque foi de emergência. Não tive nenhuma ajuda para amamentar, nem quando fui pro quarto.



G.S. (depoimento nº 80): Puxaram a minha perna para abrir mais e ajudar o bebê a sair. Sinto dores até hoje na perna (11 meses depois).

M.N.G. (depoimento nº 84): Fiquei mais de 18 horas sem comer aguardando porque outras cesáreas de emergência passaram na frente.

A.P.O. (depoimento nº 87): Fiquei uma semana com dor porque apertaram minha barriga. Meu filho nasceu às três e vinte três (15h23) e só veio pra mim às seis da tarde (18h).

L.G.A. (depoimento nº 88): Me deixaram deitada numa maca estreita enquanto eu tinha contração. Fiquei com muita dor na costela porque apertaram minha barriga. Tive meu filho às 10h30 e só fomos pro quarto às 4 horas da tarde (16h).

M.A.S.P. (depoimento nº 89): A auxiliar (instrumentadora) foi muito grossa comigo porque eu estava tossindo. Falou: "Você é fumante, né? Então não pode reclamar não, fazer esse show". Fui muito criticada e culpada por isso.

L.F.B. (depoimento nº 90): Fiquei o dia todo na sala de recuperação porque não tinha vaga no quarto. Depois fui "esquecida" na sala de parto normal e só me levaram pro quarto no outro dia.

S.M. (depoimento nº 91): Me deixaram a tarde toda sem comer depois do parto.

B.T.M.M. (depoimento nº 93): Fiquei 2 dias em trabalho de parto e não quiseram me mandar pra cesárea, mesmo com muita dor e com recomendação do médico do plantão anterior para fazer a cesárea.



F.V.S. (depoimento nº 94): Tentaram o parto normal por três dias com indução, mas não tive dilatação. O médico fez um ponto muito mal feito (sutura da cesárea), não cicatrizou adequadamente, faltou atenção do médico na hora de costurar.

P.A.L. (depoimento nº 96): Estava com muita dor e não tinha nenhuma atenção, mesmo falando que estava com dor e me deixaram muito tempo sozinha, somente com a minha acompanhante. Demoravam muito para atender, ninguém vinha ouvir o coração do bebê.

Não queriam deixar o acompanhante ficar comigo, tive que fazer escândalo para deixarem. Não tive orientação sobre amamentação.

A.C.S. (depoimento nº 100): O obstetra falou: "O que você faz além de ter filhos?".

V.M.J. (depoimento nº 101): Eu levei de 50 a 70 pontos (o médico não soube falar exatamente quantos, pois perdeu a conta) porque o bebê saiu rasgando. O médico colocou a mão dentro de mim umas três vezes para tentar tirar a placenta que estava "colada".

O médico falou que minha "cirurgia" foi maior que uma cesárea. Disse que eu teria que ficar internada por mais dias que o normal e que corria o risco de colocar uma bolsa para as fezes. Demorou umas duas horas pra me costurar.

A.P.A.V. (depoimento nº 105): As enfermeiras não ajudavam em nada para a amamentação, banho do bebê, eu tive que fazer tudo sozinha. O bebê começou a fazer um barulho estranho, eu pedi ajuda e ela apenas respondeu: "é normal" e foi embora sem nem olhar o bebê.

A enfermeira falou: "você tem que fazer o bebê mamar são ele vai perder peso e não vai ter alta".



K.K.P.G. (depoimento nº 107): Não tem nenhum tipo de ajuda pra aliviar a dor.

P.B. (depoimento nº 106): Queria cesárea, mas não foi autorizado.

Só me deixaram dar de mamar pro meu filho depois de 1 hora.

S.A.S. (depoimento nº 108): Não conseguiam controlar minha pressão depois do parto com remédios, mas o meu nervosismo era porque eu não podia ver meu filho. Não queriam deixar eu ver ele porque acharam que eu ia ficar mais nervosa, porque ele estava na incubadora e também porque eu estava com sonda. Só pude ver meu filho depois de 5 dias.

A.N.N. (depoimento nº 110): Queriam me tirar de dentro da sala com o bebê já saindo pra colocar uma mulher que pagou por fora.

O médico disse "não tenho o dia todo", me mandou fazer força que ele já voltava, mas fiquei sozinha (só com o acompanhante) durante todo o tempo.

O pique não cicatrizou direito, abriu. O médico disse que não podia costurar de novo, pois o corpo havia expulsado os pontos.

Não tive ajuda com a amamentação, só depois de ficar pedindo muito.

Deram fórmula para o meu filho e por isso ele teve dificuldade de amamentar.

P.R.M. (depoimento nº 112): Fiquei quatro dias tentando o parto normal, mas não queria esperar tanto. Como eram prematuras ficaram tentando segurar a gravidez. Nesses quatro dias que fiquei aguardando não tive direito a acompanhante, só consegui porque bati o pé.

K.C.B. (depoimento nº 113): Eu já tinha 2 cesáreas, queria um parto normal, mas não me deixaram. Eu pedi pra pelo menos esperar começar as contrações e eles autorizaram. Falaram que meu bebê estava em sofrimento fetal, mas demoraram bastante tempo para fazer a cesárea.



L.R.O. (depoimento nº 114): O médico quis tentar o parto normal, mesmo eu falando que não queria.

Ninguém me ajudou a tomar banho depois da cesárea, mesmo vendo que eu estava com dificuldade.

C.C.S. (depoimento nº 118): Fiquei muito tempo esperando pra fazer a cesárea, entrei às duas horas (14h) e só depois que trocaram o plantão que fizeram, às oito e meia da noite (20h30).

Só levaram a bebê pro quarto a meia noite (parto às 20h30) e meu marido também só pode ficar comigo quando a bebê foi. Não me ajudaram em nada, não conseguia pegar minha filha porque ainda estava anestesiada e me falavam "você tem que ficar com a bebê".

Faziam a maior baixaria a noite, ficavam rindo.

E.B.S.P. (depoimento nº 119): Não deixaram o pai do meu filho ficar comigo durante a internação (teve que internar antes por causa de diabetes gestacional) e só deixaram ele entrar na cesárea porque eu insisti.

G.Y.A.T. (depoimento nº 120): Como era parto de risco eles não queriam deixar meu marido acompanhar o parto, mas depois que eu insisti deixaram.

A ginecologista puxou a faixa sobre a cicatriz com muita força e doeu muito.

J.O.N. (depoimento nº 121): Fizeram um corte muito grande, até a minha coxa. Colocaram a mão por dentro pra virar o bebê. Fiquei com muita dor por uns 20 dias. O médico não quis nem olhar o corte (no pós-parto) que era muito grande, só me explicaram sobre isso na hora de receber alta.

W.P.A.B. (depoimento nº 127): O corte (episiotomia) foi muito grande.



E.G.C. (depoimento nº 131): Cheguei às 7h e até às 10h ninguém veio me ver, só vieram quando eu gritei.

T.R (depoimento nº 132): Não ajudaram em nada com a amamentação, mesmo eu nãoconseguindo no começo.

F.S.A (depoimento nº 136): Tive que levantar e tomar banho sozinha e trocar a bebê, porque ninguém me ajudou, mesmo pedindo ajuda.

Demoraram 4 horas para levar minha filha pro quarto, sem me explicar porque.

J.N.A. (depoimento nº 141): Quando eu estava na sala pra esperar a anestesia passar os enfermeiros ficavam conversando de outras coisas, "vamos pedir comida".

H.N. (depoimento nº 145): Deixei a parte da frente do avental aberta porque não sabia colocare a enfermeira falou "tá querendo sensualizar?".

Não deixaram a doula que eu contratei entrar porque estava sendo atendida pelo SUS e falaram que no SUS não pode ter doula. O médico ficou bravo e falou que ia processar ela (a doula).

A.L.F.M. (depoimento nº 146): A enfermeira falou que não podia gritar, porque quanto maisgrita mais atrapalha o bebê a descer.

Demorou uns 30 min pra levarem meu filho pro quarto.

Furaram várias vezes o braço do bebê porque ele estava com icterícia, e ele ficou todo machucado e era sempre a hora que estávamos descansando, de madrugada.

D.S.S. (depoimento nº 147): Não podia filmar nem tirar foto do parto.

T.P.R. (depoimento nº 148): A enfermeira falou: "para com essa sangria desatada", "ela éUnimed, ela pode escolher se ela quer normal ou cesárea".



Presenciei muitos maus-tratos com as mulheres do SUS. Eu chamava e minha médica vinha, enquanto as mulheres do SUS choravam, gritavam e ninguém dava atenção.

D.M.C.S. (depoimento nº 150): Só levaram meu filho pro quarto depois de uma hora.

K.J.F.S. (depoimento nº 154): O toque era muito dolorido e era feito durante a contração.

A.R. (depoimento nº 155): Fiquei 4 dias esperando para poder ir pra cesárea.

K.A.A. (depoimento nº 156): Fiquei sozinha das seis horas da tarde até a meia noite quando eu tive uma crise de pressão alta, não vinham me ver ou me dar alta, então eu chamei uma enfermeira que mediu minha pressão que estava normal, então eu saí, mesmo sem a alta.

D.S.C. (depoimento nº 160): Não amamenteei no primeiro momento porque não tinha bico, só depois me falaram pra ir no banco de leite pra ter orientação. Só depois que o peito rachou, fez ferida, sangrou em menos de 2 dias, só aí que orientaram a ir no banco de leite.

A.T. (depoimento nº 161): Falaram que eu tinha uma bacia muito boa pra ter normal. Pedi a cesárea várias vezes, já sabia que não ia ter dilatação, mesmo assim tentaram o parto normal por três dias.

Durante a cesárea, senti como se meu braço tivesse deslocando. Falei: "meu ombro tá doendo muito" e me responderam: "é normal por causa da anestesia".

I.S.N. (depoimento nº 165): Fiquei 3 dias no hospital tentando induzir mas só tive 2 cm de dilatação e tive que implorar pela cesárea, cheguei a ficar inconsciente. Falavam: "já vai passar, ano que vem você está aqui de novo".



K.G.P. (depoimento nº 167): Me falaram: "isso é frescura de mãe de primeira viagem". Me deixaram pra fazer cesárea no outro dia, tive dor a noite toda, tive que insistir muito pra conseguir a cesárea porque era 31/12.

E.C.S.L. (depoimento nº 168): Fizeram o toque 3 vezes seguidas: o estagiário, a enfermeira e o médico. Fizeram um toque que ficou doendo muito que sangrou depois.

Fui encaminhada para cesárea depois de fazer um ultrassom porque o bebê era muito grande. Colocaram o DIU e eu estava meio sedada, não entendi direito o que era.

Uma enfermeira não quis me ajudar durante a noite, quando eu pedi ajuda pra cuidar da minha filha.

G.P.F. (depoimento nº 170): Demoram muito para atender, eu cheguei à uma da tarde no hospital e me falaram pra voltar pra casa e voltar às seis da tarde (18h), mas eu só consegui chegar às sete, que era horário de troca de plantão.

Tive meu filho sozinho no quarto (os profissionais chegaram e o bebê já estava nascendo). A médica falou: "não vai parir aqui no quarto". A médica ficou mexendo no celular, fizeram pouco caso.

Jogaram iodo na cara do meu filho, porque queriam fazer a limpeza antes dele nascer, mas não deu tempo.

A médica colocou o dedo no meu ânus pra ver se tinha estourado alguma veia, sem me pedir (teve laceração).

F.C.C. (depoimento nº 171): Atendimento muito demorado, me mandaram voltar pra casa. Me forçaram a esticar a perna durante o parto. Tive muitas dores depois porque apertaram minha barriga.

E.O.B. (depoimento nº 172): Fiquei muito tempo sozinho com a minha mãe, não vinha ninguém. Não sei se é certo. Demoraram pra fazer a anestesia, fiquei com dor, bastante tempodeitada com contrações.

S.M.R. (depoimento nº 175): Senti falta de ter o meu filho junto comigo no primeiro momento e poder amamentar, logo depois do parto.



E.M.R. (depoimento nº 176): Quando a bebê já estava vindo (nascendo) eu estava sozinha, só com meu namorado, e eu falava que estava com vontade de fazer força e eles falavam que não era ainda. Fui pro chuveiro e meu namorado teve que ir correndo chamar porque a bebê já estava nascendo. A médica era muito seca, falava "daqui a pouco eu vou lá", e não ia.

Não tinha vaga, ficamos num lugar improvisado, tipo um depósito com umas macas. Minha filha ficou internada por 13 dias, não explicaram porque.

J.R.C.G. (depoimento nº 179): Estava com muita dor, eles me mandaram de volta pra casa, mas eu me recusei porque estava com muita dor. Fiquei 2 dias lá para ir pra cesárea, após tentar a indução.

A bebê vomitou 2 vezes e ninguém me falava porque. Nasceu com a mãozinha e o rosto arranhados e ninguém me explicou nada, mesmo eu perguntando.

L.F.M. (depoimento nº 184): Fiquei muito tempo com dor, vários dias e não me deram nenhum medicamento. Fui internada na segunda e só tive alta na quarta. Estava sozinha com a minha sobrinha quando o bebê nasceu. Pedi pela cesárea porque estava com muita dor, mas eles disseram que tinha que esperar até quarta feita, oito horas da noite (20h).

J.J.R. (depoimento nº 186): As enfermeiras me disseram pra fazer exercícios, mas ainda não estava na hora, porque eu não estava com muitas contrações, depois a médica disse que eu devia estar descansando. Demoraram pra trazer o bebê, eu perguntava e eles não me respondiam.

Não explicaram porque o bebê foi pra incubadora. Queriam dar complemento pro bebê sem me pedir, eu tive que jogar fora pra poder dar o peito. Falava pra não levar complemento, mas mesmo assim eles levavam.

Não pode filmar.

90% são alunos, muitas alunas ficavam cuidando do bebê, era muito demorado, pegou muita "friagem".



A.T.S.T. (depoimento nº 194): Tinham vários estudantes, faziam toque de meia em meia hora, sem me perguntar nada.

C.S.F. (depoimento nº 197): Fiquei 5 dias sem ver minha filha, porque ela teve que ir pra incubadora, só meu marido viu. Não vi nem quando nasceu. Foi porque eu estava com pressão alta, ficaram com medo de a minha pressão subir mais porque ela estava cheia de tubos.

J.P.C. (depoimento nº 198): Fiquei muito tempo em trabalho de parto (das 16h até 1h30), tentando o parto normal. Ficaram insistindo no parto normal sem ter condições.

Meu marido não pode entrar na cesárea, não deixaram.

K.S.R. (depoimento nº 200): Não deixaram meu acompanhante entrar na hora do parto.

S.S.S. (depoimento nº 202): Falta atenção das enfermeiras, falta orientação. A maior parte do tempo fiquei sozinha.

J.F.G. (depoimento nº 203): Não deixaram nem meu esposo, nem minha irmã entrar a hora que eu cheguei.

J.N.S. (depoimento nº 204): Uma enfermeira foi muito ignorante na hora da amamentação, foi grossa, não ajudava e eu estava nervosa porque estava com dificuldade para amamentar.

K.S.C. (depoimento nº 205): Queria muito o parto normal, mas só tive 8 cm de dilatação.



S.S.M. (depoimento nº 206): Sofri um pouco, estava com pressão alta, tinha o papel de encaminhamento para cesárea, mas ficaram tentando o parto normal.

As pessoas do banco de leite poderiam orientar melhor, eles explicavam pouca coisa, tive dificuldade para amamentar.

R.C. (depoimento nº 207): A nenê não estava conseguindo mamar e eu pedi pra dar fórmula ou ajudar com a amamentação, mas a enfermeira se recusou. A bebê chorava muito.

J.G. (depoimento nº 210): O toque foi dolorido e sangrou.

Fizeram 2 cortes (episiotomia), um embaixo e um em cima, tenho sequelas até hoje. Está aberto até hoje (1 ano e 7 meses depois), tipo um alargador de orelha.

Falaram: "você está fazendo muito escândalo, pra quê esse showzinho todo?".

Estava com dificuldade para amamentar porque não tenho bico e a enfermeira perguntou se eu tinha outros filhos, eu disse que sim e ela falou: "e ainda não aprendeu a dar mamá?".

M.P.S. (depoimento nº 213): Tenho uma hérnia, não podia ter parto normal, mas eles forçaram. Fiquei fazendo força desde as seis (18h) e só tive ele às 4h50.

Eles não queriam deixar minha mãe ficar, mas ela é daquelas que bate o pé e acabou ficando. Quando estava quase pra ter ele, eu comecei a passar mal no banheiro, minha mãe foi chamá-los, mas eles ficavam tomando café e não vieram, demoraram muito, minha mãe teve que insistir.

I.S.S. (depoimento nº 215): O médico falou durante a cesárea que ele estava ganhando 27 reais pra fazer meu parto.

J.P.M. (depoimento nº 217): O bebê ficou 6 horas afastado de mim porque não tinha vaga no quarto e eu tive que ficar na sala de recuperação.



Y.P.R.F. (depoimento nº 218): Falaram que a cirurgia seria realizada no dia seguinte, mas depois de 2 horas me levaram pra cesárea e não deu tempo do meu esposo chegar, ele entrou na sala no meio da cirurgia, eu já estava aberta.

A cicatriz da cesárea ficou muito feia, tive quelóide, eu acho que porque costuraram muito rápido, sem cuidado, porque eu já tinha uma cesárea anterior que ficou bem pequena a cicatriz.

K.I.S. (depoimento nº 219): Demoraram para me dar a cartinha para encaminhar para a cesárea, por isso acabei entrando em trabalho de parto e fui para o hospital e como já estava com 9 cm de dilatação, acabei tendo normal, mesmo com recomendação de cesárea.

R.S. (depoimento nº 222): Me furaram várias vezes, não achavam a veia. A enfermeira olhou pra mim e falou bem sarcástica “esqueceu sua veia em casa, filhinha”. “Vou colocar bastante fita para não soltar porque as mulheres puxam na hora e fazem escândalo”.

“Nossa, esse bebê que você ganhou é grande e gordo, te regaçou mãezinha”.

D.A. (depoimento nº 224): O hospital é um hospital escola e o quarto tinha sempre vários alunos observando, enquanto eu gritava de dor um colocou os dedos no ouvido e fez sinal com o dedo na boca, como se meu grito estivesse muito alto e incomodando.

N.A. (depoimento nº 227): Eu estava com muita dor no quadril e o médico me mandou ir paramaternidade às 15h, estava fazendo 2 partos normais e nem foi até o apartamento saber como eu estava. Me deixou lá plantada com dor até as 23h, que foi quando me chamaram pra sala de parto. Não contente em fazer isso, colou minha barriga inteira com milhões de esparadrapos para levantar ela e disse "pronto, agora você tá pronta e a barriga não vai atrapalhar" (gestante acima do peso, relatou ainda que durante as consultas de pré-natal foi várias vezes repreendida e zombada pelo médico por conta do peso). Me senti péssima. Também reclamou do horário de fazer a cesárea, sendo que meu marido estava lá (no vestiário também). Enfim...Péssimas lembranças para um momento que poderia ser muito mais leve e especial.



L.A. (depoimento nº 228): Enfermeiras muito brutas, jogam a gente, que passamos por cesárea, de uma cama para outra sem cuidado nenhum.

P.M. (depoimento nº 232): Quando foi para receber anestesia, todo o quadro de funcionários estava em horário de almoço. Fui obrigada a chamar um anestesista por fora, porque não havia profissionais na maternidade.

Também na admissão, não permitiram que meu marido me acompanhasse. Foi preciso brigar.

D.B. (depoimento nº 234): Tive dificuldade para amamentar e a moça do banco de leite que foi para me orientar, na realidade, foi até meu quarto só para me convencer a dar a fórmula logo.

P.G.M.J. (depoimento nº 235): No pós-parto imediato, outro profissional que não os que já nos assistia, tratou-me como inexistente. Sequer me cumprimentou e já perguntou ao meu marido como foi o parto, quando EU respondi, ele me ignorou, depois perguntou qual médico fez o parto, e respondi que EU PARI, mas o médico Fulano quem me acompanhou. E com desdém, o tal profissional ainda me ignorando perguntou ao meu marido quando ELE teria o terceiro filho.

J.T.C.B. (depoimento nº 241): A pediatra discutiu muito comigo em virtude de negar o colíriode nitrato de prata.

C.C. (depoimento nº 244): Me separaram do meu filho até o efeito da anestesia diminuir. Me deixaram sozinha na sala sem maiores informações. Queria ter ficado o tempo todo com meu filho.

Começaram a cesárea sem permissão. Iniciaram todos os procedimentos sem que meu marido estivesse presente. Quando ele chegou à sala de cirurgia meu filho já estava quase nascendo.



L.B. (depoimento nº 247): Vi minha bebê pouquíssimo tempo após o parto e depois só no quarto.

Desmaiei de dor ao levantar da cesariana.

A.V.C. (depoimento nº 248): Não colocaram a minha filha no peito logo após o nascimento. Não toquei nela, só olhei e já levaram para fazer os procedimentos com a pediatra e depois elaficou no berço aquecido.

G.L.C. (depoimento nº 249): O anestesista não achava minha coluna, o assistente do anestesista com celular dentro do centro cirúrgico. Começaram a cortar sem eu perder o medo da anestesia não ter efeito, já que o anestesista não achava minha coluna.

C.F. (depoimento nº 251): Fiquei sozinha na sala de parto, após o parto (mais de 1h), pois a sala de recuperação estava sem espaço.

A.A. (depoimento nº 253): Quando meu bebê nasceu, foi levado para fazer os procedimentos de praxe e logo após a pediatra trouxe ele e "enfiou" o pé dele no meu rosto falando: seu filho nasceu assim viu. Estava ainda sendo suturada, fiquei muito nervosa e quase caí da maca. Ele tem uma má formação congênita não sabida anteriormente por meio de US (ultrassonografias) realizadas. Confesso que fiquei muito abalada, chorando muito e tive medo que isso fizesse uma barreira para com meu filho.

N.C. (depoimento nº 254): A médica que me atendia cobrou 3.000 reais para acompanhar o parto. Como nos recusamos a pagar fomos atendidos pela plantonista que não gostou que a minha médica não ia estar lá.

No momento do parto como eu queria ter a neném sentada, as enfermeiras colocaram a banqueta em cima da maca. E quando médica chegou não gostou também. Como o parto foi rápido ela pediu para que eu fizesse força para que a



bebê saísse toda de uma vez, o que resultou numa laceração. E no momento que a bebê nasceu a médica derrubou ela na maca.

M.C.C. (depoimento nº 255): Tive um atendimento diferenciado por ter uma boa condição financeira, mas escutei a mulher da sala de parto ao lado gritando de dor e implorando ajuda da enfermagem...conclusão, foi levada para cesárea.

J.M. (depoimento nº 256): Aplicação da ocitocina foi contra a minha vontade, assim como várias outras coisas que aconteceram.

D.D.G. (depoimento nº 257): Tive 4 horas de trabalho de parto, só na última utilizaram ocitocina para me auxiliar, fiquei exausta.

Pediatra comentou em voz alta que o bebê tinha possível síndrome e me perguntou se eu havia consumido bebida alcoólica na gestação, porque era suspeita de síndrome alcoólica fetal.

C.R. (depoimento nº 260): Depois do parto, fiquei 4 horas esperando em uma maca sem poder ver minha bebê e sem poder amamentá-la. E ainda mais ouvindo ela chorar de fome no quarto ao lado. Meu marido também questionou e reclamou na recepção, mas nada foi feito. Creio que depois das reclamações aí sim que fizeram de tudo para eu ser a última a ir para o quarto. Via as outras mulheres que chegaram depois de mim irem para o quarto antes, com a justificativa que estavam pelo SUS ou particular, pois até o momento não haviam quartos para quem estava por convênios. Nesse período todo não pude nem sequer amamentar minha filha. E ainda disseram pra eu me despreocupar com ela pois ela estava bem, e se demorasse mais eles dariam leite do banco de leite. Aí sim que chorei... Como vão dar outro leite para minha bebê, sendo que a mãe está na sala ao lado pronta para dar de mamá?

D.E.H. (depoimento nº 261): Queriam segurar o meu esposo fazendo a ficha de internação, sendo que eu já cheguei com puxos e depois queriam me negar quarto, falaram que não tinha apartamento disponível, mas na verdade tinha sim!



T.B. (depoimento nº 264): Pediatra de plantão disse que dependendo de como minha filha nascesse eu não a veria.

B.R. (depoimento nº 268): Durante o momento que me colocaram na sala de cirurgia para a cesárea de emergência fui deixada com uma enfermeira que foi grosseira e debochou da dor que ainda sentia das contrações além dessa mesma "profissional" ter me amarrado mesmo contra a minha vontade e pedido em meu plano parto, mas a mesma alegou que era um protocolo e eu não tinha que querer nada ali.

F.L.V. (depoimento nº 274): Outro médico entrou na sala durante o parto alegando que eu não conseguiria normal, que fizesse então a cesárea. O mesmo empurrou com os braços em cima da minha barriga.

G.L. (depoimento nº 275): Fui completamente ignorada pela equipe.

Fui 3 vezes na maternidade já em trabalho de parto e o médico me despachou de forma grosseira todas as vezes alegando que não era a hora.

Não deixaram eu ver a bebê, e depois ninguém me dizia nada, fui ignorada. Minha filha nasceu em choque e hoje precisa usar traqueostomia e gastrostomia.

E.P. (depoimento nº 284): Não respeitaram e me deixaram ficar na posição que gostaria, causando constrangimento e uma laceração enorme devido a força e a posição nada favorável para parto normal.

Quando me neguei a fazer episiotomia o médico me tratou com deboche e fez questão de enfiar a mão dentro de mim falando que eu iria sofrer com a laceração e na hora da expulsão tentou me "ajudar " com as mãos abrindo minha vagina pra passar o bebê.

J.J.T. (depoimento nº 286): Aplicaram ocitocina pra placenta sair mais rápido e eu pedi pra não aplicar ...queria que saísse naturalmente com a amamentação.



G.C.B. (depoimento nº 289): O médico disse que não conseguiria atendimento pelo SUS e que eu teria que pagar a internação e o meu parto e que não poderia ter o meu bebê de parto normal, pois tinha pouco líquido e o meu bebê poderia morrer. Tive o meu bebê com 37 semanas de gestação.

A sutura foi feita por residente sem a presença do médico, ela estava com dúvidas, porém procuraram o médico e ele não foi encontrado, ele saiu da sala logo depois que tirou o bebê e fez a limpeza. O residente fez meu parto, sendo que eu paguei pro médico fazer tudo.

C.V. (depoimento nº 294): O médico retirou excesso de gordura na região do púbis durante a cesárea sem minha permissão.

D.M.S. (depoimento nº 295): Tiraram meu filho a vácuo. Mandaram meu marido sair do meulado, chamaram um médico pra subir em cima de mim. Foi horrível.

Ninguém me explicava nada. O que iria acontecer comigo...
Quebraram a clavícula do meu filho, me avisaram 2 dias após o parto.

A.G. (depoimento nº 297): A anestesia não queria pegar aplicaram 3 vezes passei muito mal tive síndrome de guillain-barré há 3 anos e a ginecologista não informou o anestesista e ele não gostou disse que deveria ter sido informado sobre o caso e ficou muito preocupado.

Eu perguntava o que estava acontecendo, porque a anestesia não queria pegar e porque aplicaram novamente e não me respondiam as enfermeiras falavam tá tudo bem outro anestesista de plantão foi chamado para ajudar fiquei muito nervosa passei mal, vomitei.

A.G. (depoimento nº 299): A cicatriz da cesárea ficou toda torta, suturas horríveis que nem um estudante de medicina faz daquele jeito.



T.L.P. (depoimento nº 301): Mesmo com contrações e bolsa estourada, tive que aguardar 40 minutos na recepção da maternidade. Como cheguei com bolsa estourada e contrações, mesmo com a cesárea e laqueadura autorizada tive que aguardar e sentia muita dor. A enfermeira mandou eu calar a boca, pois estava assustando as outras gestantes.

Estava com muito enjoo, mas mesmo o médico pedindo o anestesista não colocou remédio nomeu soro.

M.V. (depoimento nº 302): O anestesista não conseguia fazer a raque e dizia que eu tinha desvio na coluna e fui muito dolorido e traumático, não deu conta precisou chamar outro.

T.R. (depoimento nº 303): Fiquei 18 horas em trabalho de parto. Sofrendo sem dilatação.

D.A.O.Z. (depoimento nº 305): A cesariana foi bem tranquila, explicaram-me tudo, porém depois do parto demorei aproximadamente 3 horas para ficar com o meu filho. A justificativa deles foi que o quarto para convênio não estaria disponível, mas observei que quem era da categoria "particular- apartamento" seguia direto para a sua acomodação e já ficava com o seu bebê.

