



FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AMAZÔNIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

ANEMILLY MELO SOLIDADE

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: O DESAMPARO DO
SISTEMA NORMATIVO E A DOR DO TRAUMA**

PARAUPEBAS

2023

ANEMILLY MELO SOLIDADE

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: O DESAMPARO DO SISTEMA
NORMATIVO E A DOR DO TRAUMA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do programa de curso de Direito para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: prof (a): Wynderlanny Aguiar Costa de Oliveira.

PARAUAPEBAS
2023

Solidade, Anemilly Melo

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: O DESAMPARO DO SISTEMA
NORMATIVO E A DOR DO TRAUMA; Wynderlannya Aguiar Costa de Oliveira 2023.

43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade para o
Desenvolvimento Sustentável da Amazônia - FADESA, Parauapebas – PA, 2023.

Palavras- Chave: Violência Obstétrica, traumas, parto cesariano, parto humanizado.

Nota: A versão origina deste trabalho de conclusão de curso encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia – FADESA em Parauapebas – PA.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho de conclusão, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Comitê de Ética:

Protocolo nº:

Data:

ANEMILLY MELO SOLIDADE

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: O DESAMPARO DO SISTEMA NORMATIVO E A DOR DO TRAUMA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Direito para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Aprovado em: 29/06/2023.

ANEMILLY MELO SOLIDADE

Banca Examinadora

Isac F

Prof. (a) Me. Isac Ferreira

Membro

Ende S

Prof.(a) Me. Ende Machado

Membro

Wyderlannya o

Prof.(a) Me. Wyderlannya Aguiar Costa de Oliveira

Orientadora

Maicon T

Data de depósito do trabalho de conclusão

___/___/___

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu filho José Emanuel, que me dá sempre forças e amor todos os dias, e que em tão pouco tempo de vida vem me ensinado a ser melhor; e também a minha filha Maria Emanuela que nem nasceu ainda, mas já é também minha grande motivação.

Que um dia eu possa dá orgulho não somente aos meus filhos, mas também a toda a minha família e amigos através desse curso. Fazendo do mundo um lugar melhor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ser minha força e coragem para concluir mais essa conquista em minha vida.

Agradeço também ao meu marido Lharson e ao meu filhos José Emanuel por me motivarem todos, me incentivando e motivando a nunca desistir.

Agradeço a minha Família (pai, mãe e irmão), por serem parte dessa jornada também.

Agradeço aos meus amigos Ana Caroline e Matheus Fernandes por tornarem também a caminha mais fácil dentro da faculdade.

E por fim, agradeço de coração a minha orientadora Professora Wynderlannya Aguiar, por me orientar e ajudar a concluir mais esta etapa da minha vida.

EPIGRAFE

“Cabe ao homem formular projetos em seu coração, mas o senhor vem a resposta da língua. Todos os caminhos parecem puros ao homem, mas o senhor é quem pesa os corações. Confia teus negócios ao Senhor e teus planos terão bom êxito.”

-Provérbios16:

1,4.

RESUMO

O presente trabalho trata acerca da violência obstétrica, um problema de saúde pública que, de maneira silenciosa, se propagou rapidamente na sociedade brasileira fazendo de vítimas aqueles que deveriam ser os protagonistas no momento do parto, a saber, a mulher e o recém-nascido. Violência obstétrica caracteriza-se como todo procedimento, físico, psicológico, verbal ou até mesmo sexual, explícitos ou ocultos, de caráter violento cometido contra a mulher, por profissionais em instituições de saúde, no momento do pré-natal, do parto, pós-parto ou do aborto. Está diretamente relacionada à história do parto, sobretudo, após a inserção da prática obstétrica na medicina que impulsionou a conversão do parto de um fato natural a um evento hospitalar dominado. A violência obstétrica enseja em séria lesão aos direitos da mulher, em momentos significativos, pela prática de condutas considera comuns pela maioria dos profissionais da saúde e até das próprias vítimas. O objetivo geral é verificar o enquadramento das práticas de violência obstétrica pode garantir de forma indireta punição aos agressores. O estudo teórico propõe um diálogo sobre violência obstétrica durante o parto, no contexto hospitalar, e como as práticas mais comuns se enquadram no direito penal brasileiro. A metodologia utilizada partiu de pesquisas bibliográficas e descritivas, com uso de materiais publicados em livros, artigos, dissertações, teses, pesquisas estatísticas e documentários relativos ao tema, além de leis de caráter interno e internacional e legislação correlata de outros países a fim de promover uma melhor elucidação da problemática suscitada.

Palavras Chave: Violência Obstétrica. Traumas. Parto cesariano. Parto humanizado.

SUMMARY

The present work deals with obstetric violence, a public health problem that, silently, spread rapidly in Brazilian society making victims of those who should be the protagonists at the time of childbirth, namely, the woman and the newborn. Obstetric violence is characterized as any procedure, physical, psychological, verbal or even sexual, explicit or hidden, of a violent nature committed against women, by professionals in health institutions, at the time of prenatal care, childbirth, postpartum childbirth or abortion. It is directly related to the history of childbirth, especially after the insertion of obstetric practice in medicine, which boosted the conversion of childbirth from a natural fact to a dominated hospital event. Obstetric violence leads to serious damage to women's rights, in significant moments, due to the practice of behaviors considered common by most health professionals and even the victims themselves. The framing of obstetric violence practices can indirectly guarantee punishment to the aggressors. This study proposes a dialogue about obstetric violence during childbirth, in the hospital context, and how the most common practices fit into Brazilian criminal law. The methodology used was based on bibliographical and descriptive research, with the use of materials published in books, articles, dissertations, theses, statistical research and documentaries related to the subject, in addition to domestic and international laws and related legislation from other countries in order to promote a better elucidation of the problem raised.

Keywords: Obstetric violence. Trauma. Cesarean delivery. Humanized delivery.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. EVOLUÇÃO DO PARTO E O INÍCIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	13
3. TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	15
3.1 Violência de caráter físico e psicológico	16
3.2 A violência obstétrica em situação de abortamento	18
3.3 Violência obstétrica como violação aos direitos reprodutivos	19
3.4 Episotomia	20
3.5 Manobra de kristeller	21
3.6 Aplicação de ocitocina	22
3.7 Cesárias eletivas	23
3.8 Proibição de acompanhantes	24
3.9 Restrições da posição para o parto	25
4. MODELO TECNOCRÁTICO VERSUS MODELO HUMANÍSTICO	26
5. MÉTODO DO PARTO FÓRCEPS	28
6. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS:	30
7. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO PONTO DE VISTA DAS MULHERES	32
8. O DESAMPARO DO SISTEMA NORMATIVO BRASILEIRO ATUAL E OS PROJETOS DE LEI EM CURSO	34
9. A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER	37
10 DA POSSIBILIDADE DA CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:	38
a. IMPOSSIBILIDADE DA CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO	
NO	

ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

..... **39 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

..... **40**

1 INTRODUÇÃO

Apesar de saber que as mulheres dão à luz desde o início dos tempos e de seu corpo estar programado para a reprodução da espécie, as práticas e os costumes que envolvem o nascimento e o parto têm variado ao longo dos anos e nas diferentes culturas. Como escreveu o historiador francês Jacques Gélis, diz que “o nascimento não se restringe a um ato fisiológico, mas testemunha por uma sociedade, naquilo que ela tem de melhor e de pior”.

Essa visão do parto como um evento cultural, seja realizado entre tribos ditas primitivas, ou seja em uma maternidade de ponta em uma cidade de Primeiro Mundo é recente. Com a crescente medicalização do parto no final do século XIX e por quase um século, o nascimento interessou basicamente aos médicos, que foram por muito tempo os seus principais porta-vozes. Nos últimos 40 anos, porém, profissionais de diferentes áreas, sobretudo pesquisadoras que incorporaram a reflexão feminista, trouxeram uma importante contribuição, não apenas na área acadêmica, mas também na da assistência.

O tema violência obstétrica começa a ganhar visibilidade através de movimentos feministas, obras artísticas, documentários, na segunda década do século XXI. No Brasil no final da década de 1980, movimentos feministas descrevem explicitamente através da obra “Espelho de vênus” o parto institucionalizado como uma vivência traumática e violenta. Porém, o assunto foi negligenciado devido à grande resistência de profissionais em reconhecer o tratamento prestado como violência. Violência obstétrica (VO) é o termo utilizado para agrupar todos os tipos de violência sofridos pela mulher durante a gravidez, o parto, pós-parto e abortamento. As agressões acontecem de forma verbal, institucional, moral, física e psicológica. A falta de acesso aos serviços de saúde com a peregrinação de mulheres em maternidades e hospitais em busca de atendimento, somado à negligência na assistência também caracteriza VO. As intervenções desnecessárias, bem como a cesariana sem real indicação se travestem de boas práticas e são consideradas prejudiciais para a parturiente e seu conceito.

É importante ressaltar que na violência obstétrica ocorre abuso, desrespeito, negligência e maus tratos vivenciados pelas grávidas durante o trabalho de parto. Apesar dessas violações terem chance de acontecer em qualquer fase da gravidez, é no parto que as mulheres se encontram tão frágeis e propícias a tais acontecimentos, pois, ao contrário de outros procedimentos que precisam de assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico que necessita de cuidado e acolhimento. Porém, infelizmente esse momento especial da vida de uma mulher tem sido alvo de tantas agressões físicas, verbais e falta de desrespeito quanto

ao direito de decisão por parte das parturientes. Ressaltando que segundo alguns estudos, a violência se dá através de gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até mesmo negligência.

No ano de 2015 foi feita uma pesquisa pelo departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS e constataram que no Brasil, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2015 mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente.

Esse cenário é considerado alarmante quando se leva em conta que a recomendação da Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization, 1996) é de uma taxa de cesáreas que varie entre 10 a 15%. Essa recomendação está baseada em estudos que apontam que uma taxa maior que 15% não representa redução na mortalidade materna e tampouco melhores desfechos de saúde para a dupla mãe-bebê (Ministério da Saúde, 2001, 2014, 2015).

Dado a essas pesquisas pode-se perceber o quanto nos últimos anos as gestantes buscaram partos cesáreos. Podendo tirar conclusão do medo criado tendo em vista relatos do quanto seus antepassados sofreram na tentativa de um parto normal, e até sofreram de depressão, na qual que carregam pro resto da vida. As mulheres, por estarem já em um momento tão fragilizado que a gravidez, carrega tantas inseguranças que não pensam duas vezes antes de optar por um parto seguro e “indolor”.

Por fim o principal objetivo deste Trabalho é trazer para primeiro plano trabalhos comprometidos com um olhar renovado sobre a assistência correta ao parto, tema cujo debate se faz necessário, não importando sob qual ângulo se observe, seja o das gestantes, das parturientes e dos recém-nascidos, seja aquele dos profissionais envolvidos, como os dos locais de atendimento. O Trabalho visa também a desencadear discussões e levantar novos problemas, e espera-se, portanto, que as páginas dos próximos números possam dar sequência ao trabalho aqui iniciado.

2 EVOLUÇÃO DO PARTO E O INÍCIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ao longo da história as mulheres vem sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1996), violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher.

O tema violência obstétrica começa a ganhar visibilidade através de movimentos feministas, obras artísticas, documentários, na segunda década do século XXI. No Brasil no final da década de 1980, movimentos feministas descrevem explicitamente através da obra “Espelho de Vênus” o parto institucionalizado como uma vivência traumática e violenta. Porém, o assunto foi negligenciado devido à grande resistência de profissionais em reconhecer o tratamento prestado como violência. Violência obstétrica é o termo utilizado para agrupar todos os tipos de violência sofridos pela mulher durante a gravidez, o parto, pós-parto e abortamento. As agressões acontecem de forma verbal, institucional, moral, física e psicológica. A falta de acesso aos serviços de saúde com a peregrinação de mulheres em maternidades e hospitais em busca de atendimento, somado à negligência na assistência também caracteriza VO. As intervenções desnecessárias, bem como a cesariana sem real indicação se travestem de boas práticas e são consideradas prejudiciais para a parturiente e seu conceito.

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. Exemplo disso é o caso recente da mulher que foi vítima de estupro quando ainda estava sob efeito da anestesia, e foi filmada, assim, divulgaram seu vídeo nas redes sociais, causando-lhe danos, tanto psicológico como também em sua relação de vida social, pois o mesmo mostra partes íntimas da mesma, denegrindo a sua imagem e a humilhando perante a sociedade.

Segue notícia:

MÉDICO PRESO POR ESTUPRAR PACIENTE GRÁVIDA FOI FILMADO POR COLEGAS DURANTE ABUSO

Redação Notícias

11 de julho de 2022

Médico Giovanni Quintella Bezerra foi preso em flagrante suspeito de estuprar grávida - Foto: Reprodução

Médico foi filmado por enfermeiras e técnicas durante cesárea

Nas imagens, ele aparece estuprando grávida enquanto colegas estão na sala Polícia busca outras vítimas

O [médico Giovanni Quintella Bezerra](#), preso e autuado em flagrante, na madrugada desta segunda-feira (11), por estupro, foi filmado por colegas enfermeiras e técnicas cometendo o crime.

De acordo com o portal de notícias g1, o anestesista Giovanni Quintella Bezerra abusou de uma paciente enquanto ela estava dopada e passava por um parto cesárea no Hospital da Mulher em Vilar dos Teles, São João Meriti, município na Baixada Fluminense. O vídeo gravado pelas colegas permitiu que o anestesista fosse preso em flagrante.

As enfermeiras suspeitaram do comportamento do médico há um tempo, por conta de atitudes como aplicar muito sedativo nas gestantes.

Elas relataram que ele participou de ao menos duas cirurgias no último domingo (10), em salas que não foi possível filmá-lo. Na terceira cirurgia do dia, elas conseguiram que esta fosse realizada em uma sala onde conseguiriam fazer o flagrante.

Nas imagens, a paciente aparece deitada inconsciente em uma maca. Do lado esquerdo, a equipe cirúrgica inicia o procedimento. Do lado direito, o anestesista aparece abrindo as calças, retirando o pênis e o colocando na boca da vítima. O estupro dura cerca de dez minutos. Depois, o agressor usa um lenço de papel para limpar os vestígios do crime.

A polícia investiga o caso e busca outras possíveis vítimas.

Por meio de nota, a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a Secretaria de Estado de Saúde afirmam repudiar "veementemente a conduta do médico anestesista" e "estão à disposição da polícia, colaborando com a investigação". Os órgãos ainda informam "que será aberta uma sindicância interna para tomar as medidas administrativas, além de notificação ao Cremer. A equipe do Hospital da Mulher está prestando todo apoio à vítima e à sua família". O texto ainda destaca que o caso, "além de merecer nosso repúdio, constitui-se em crime, que deve ser punido de acordo com a legislação em vigor".

<https://br.noticias.yahoo.com/medico-presos-por-estuprar-pacientegravida-foi-filmado-por-colegas-durante-abuso-124007829.html>

Vale lembrar que até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres, realizado nas casas das famílias com o acompanhamento de parteiras (Rattner, 2009; Pasche, Vilela, & Martins, 2010; Sanfelice, Abbud, Pregnolato, Silva, & Shimo, 2014). No final do século XIX, inicia-se um processo de mudança por meio das tentativas de controle do evento biológico por parte da obstetrícia, que deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática médica (Sanfelice et al., 2014).

O parto e o nascimento, que eram vistos como um evento fisiológico e feminino, começam a ser encarados como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção. Neste modelo tecnocrático, a mulher deixou de ser protagonista, cabendo ao médico a condução do processo (Pasche et al., 2010; Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008).

Já no século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos (Pasche et al., 2010), chegando ao final do século a quase 90% deles sendo realizados em hospitais (Rattner, 2009). Concomitante a esse fato, ocorreu um aumento do uso de tecnologias com o objetivo de "iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo 'mais normal' e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê" (Diniz & Chacham, 2006, p. 80). Com o intuito de aumentar a qualidade da assistência, tem-se medicalizado o parto, utilizando em larga escala

procedimentos considerados inadequados e desnecessários, que muitas vezes podem colocar em risco a saúde e a vida da mãe e do bebê, sem avaliação adequada da sua segurança e sem base em evidências (Diniz & Chacham, 2006).

3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para as mulheres que optam pela maternidade, a gestação e o nascimento do bebê são momentos transformadores, e para muita, uma das etapas mais importantes de suas vidas. Espera-se que o parto seja uma oportunidade plena e de autonomia das mulheres. Além disso, é importante que esse evento ocorra em um ambiente acolhedor, e, na presença de pessoas que saibam respeitar a autonomia da vontade das mulheres, visto ter ligação com a feminilidade, e, ainda, se tratar de um momento íntimo, onde a parturiente se conecta consigo mesma.

A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre corpos e sexualidade impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Para a Organização Mundial de Saúde, existem 7 tipos de violência obstétrica sendo, abuso sexual, abuso verbal, preconceito e discriminação, não cumprimento dos padrões profissionais de cuidado, mau relacionamento entre mulheres.

Ao observar os relatos públicos e anônimos coletados pela fotógrafa Carla Raiter e publicado em seu blog, entende-se que a construção para um atendimento humanizado está ainda no início:

A enfermeira me deixou ali no corredor do hospital. Ainda tremendo, vestida com a mesma camisola ensanguentada e molhada, sem cobertor e sem responder minhas perguntas. Eu devia estar feliz. Minha filha ia nascer! Em vez disso, só pensava em quando aquele calvário acabaria, quando eu poderia ficar em paz, quando haveria silêncio e privacidade. (RAITER, 2018, p.08).

No momento do parto a mulher se encontra em estado frágil ao médico, pois ela neste momento é uma paciente, e acaba se sujeitando a procedimentos invasivos e desrespeitosos. As violações de direitos se caracterizam de forma, verbal, física, psicológica e sexual. As agressões sofridas têm por base a discriminação neste caso de gênero, reprimindo a mulher como pode ser observado nesta frase usada no ambiente hospitalar:

Durante um exame de toque, eu pedi para parar, pois estava sentindo muita dor. O médico disse: “na hora de fazer tava gostoso né?” Nessa hora me senti abusada. F. atendida na rede pública de São Paulo (DEPOIMENTO DE UM PACIENTE) (DOSSIÊ, 2012, p.01)

Neste momento observamos os traumas causados durante o momento gestacional, onde a mulher deveria ser tratada com respeito pois está passando por um momento de fragilidade. Este tipo de tratamento com a parturiente pode ocasionar diversos danos, como, por exemplo, uma depressão pós-traumática, e dependendo do grau de violência pode chegar a uma síndrome de estresse pós-traumático.

Em alguns casos é necessário acompanhamento e utilização de mediação psiquiátrica. Porém dificilmente as mulheres buscam ajuda.

Por falta de informação e amparo muitas mulheres se sentem culpadas pelos abusos que sofreram e por estarem abaladas por conta deles.

3.1 Violência de caráter físico e psicológico

A violência em caráter físico pode acontecer quando uma mulher se encontra indefesa frente ao pessoal de saúde. Essa violência pode ser caracterizada pela utilização de procedimentos ultrapassados, alegando benefícios, quando na realidade, são danosos à parturiente e causam prejuízo à saúde da mulher, fisicamente e psicologicamente.

Uma dessas intervenções consiste no procedimento cirúrgico chamado Episiotomia, que tem o fim de aumentar o tamanho do canal vaginal para a passagem do bebê. O corte é realizado no períneo, com tesoura ou bisturi e necessita de sutura, são diversas as estruturas do períneo afetadas, como os músculos, vasos sanguíneos tendões.

Essa cirurgia é realizada sem o consentimento da mulher, porém a prática apesar de ser recomendada pela Organização Mundial da Saúde OMS de 10% a 15% dos partos normais é prejudicial para mulher.

De acordo com Amorim trata sobre o assunto:

Se acumularam durante os anos evidências científicas sólidas de que a episiotomia, o corte cirúrgico para ampliar o períneo no parto, não só é desnecessária, como pode ser prejudicial. Todos os estudos controlados mostram que não se realiza episiotomia a perda de sangue é significativamente menor, é um corte que é mais difícil de reparar, e gastam mais fios, está associada por cicatrização mais lenta, levando ao aumento da dor perineal pós-parto, e com aumento do tempo necessário para o retorno da atividade sexual (AMORIM, 2010, p.1)

Cabe salientar que a episiotomia, além de suas possíveis complicações, também é realizada por alguns profissionais sem anestesia, e relatada por algumas mulheres como “a principal dor do parto”.

Esse tipo de procedimento, quando feito sem consentimento da gestante é violência. Inclusive existem casos em que as vítimas desses atos chegam a desenvolver comportamentos de vítimas de estupro, tendo dificuldades de aceitar seu próprio corpo, comprometendo a sua vida sexual por muito tempo.

Além do procedimento citado, há inúmeros outros atos violentos que são praticados, como por exemplo, a manobra de Kristeller que consiste em subir em cima da barriga da gestante para pressionar o útero e forçar a saída do bebe, tal manobra inclusive já foi banida pelo Ministério da Saúde e pela OMS, pois ela pode causar lesões graves na parturiente, mas ainda sim há equipes médicas que a realizam a força. Há gestantes que relatam inclusive momentos em que receberam tapas ou empurrões da equipe médica simplesmente por eles estarem incomodados com os gritos dela no momento do parto.

Já a violência psicológica normalmente acontece de forma mais velada, e por isso, muitas vezes acaba passando despercebida. Essa maneira de violência vem através de comentários maldosos, de ameaças e até de xingamentos.

Há casos em que as mulheres relatam terem sido amedrontadas pelos médicos com frases como “você não vai conseguir, não sei pra que engravidou”, e até casos em que as mães são pressionadas a aceitar manobras e procedimentos proibidos e dolorosos sob a ameaça de que elas serão culpadas pela morte dos filhos se não aceitarem. Ser uma mulher grávida já é algo difícil por conta de tudo que a gravidez exige do corpo feminino. Ao sofrer abusos psicológicos e físicos dessa maneira esta mulher se torna um ser muito mais vulnerável, o que leva inúmeras destas mulheres a sofrerem com sequelas psicológicas para o resto de suas vidas. É importante ressaltar que a violência não ocorre somente em maternidades ou hospitais públicos, mas também em clínicas que prestam serviços privados. Há diversos tipos de violência obstétrica. Conforme já elencado, ela pode ocorrer tanto durante a gravidez quanto nos momentos pré e pós-parto, ou seja, não são apenas as condutas violentas que ocorrem no momento em que a mulher dá a luz que são consideradas como violência obstétrica efetivamente.

3.2 A violência obstétrica em situação de abortamento

A violência obstétrica está ligada com a violação do corpo da mulher, no período gestacional e durante parto. Entretanto, é interessante ressaltar que essa violência ocorre inclusive no momento do aborto, seja ele criminoso ou não.

O abortamento consiste na interrupção da gestação, e se provocado pela gestante a conduta é tipificada pelo Código Penal Brasileiro, especificado no artigo 124.

O Código Penal Brasileiro, só admite o aborto se não há outro meio de salvar a vida da gestante (art.128, inciso, I, Código Penal) ou se a gestação resulta de estupro e o aborto possui consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (Art.128, inciso. II, Código Penal).

Na maioria das vezes a mulher que está em situação de abortamento necessita de internação. E esta, quase sempre, sofre com a demora no atendimento no pronto socorro por simples negligência médica, já que em boa parte dos casos a própria equipe médica se põe em um papel de juiz de moral e culpa a gestante pelo ocorrido.

Acerca do assunto, temos um breve relato sobre:

A mulher que estava na cama ao lado dizia a todo tempo que ela não tinha provocado o aborto. Era horrível ver o jeito que tratavam dela. Muita grosseira e muito descaso. Ela morreu no dia em que eu tive alta. (DOMINGOS, 2012, p.139)
Ah foi a pior possível porque foi um aborto provocado, não foi espontâneo entendeu? Então eles não te tratam bem. Te deixam sofrendo, a minha curetagem foi sem anestesia. (DOMINGOS, 2012, p.139)

Outro relato em relação ao tratamento das gestantes em situação de abortamento:

Te deixam sofrendo, a minha curetagem foi sem anestesia, cheguei o hospital com um sangramento intenso e com a pressão muito baixa. Explicava o que havia acontecido e disse que havia ido lá para tomar soro e ocitocina. Todos me olhavam como uma criminosa, com aquele olhar de rejeição e com as expressões “SEI”. Como se eu tivesse mentido. Então chegou o médico e me perguntou se eu era médica, é logo em seguida disse para eu não opinar em nada, mesmo dizendo que já via expelido o feto, mesmo assim me mandou para curetagem sem anestesia. Todos me olhavam com se eu fosse uma criminosa, todos me ignoravam. (DOMINGOS, 2021, p.139).

O descaso e a negligência no atendimento a mulheres em situação de abortamento revelam faces da violência obstétrica de caráter física e psicológica. Isto porque, a mulher em situação de abortamento ingressa nos serviços de saúde debilitada e fragilizada pelo ocorrido, situação em que ela deveria ser acolhida e bem tratada, já que a experiência por si só é dolorosa e traumática, no entanto na maioria dos casos estas mulheres sofrem maus tratos, pois a equipe médica decide que deve julgá-la pelo aborto.

Até quando mulheres serão desrespeitadas dessa maneira? Essa é uma questão que a mulher contemporânea enfrenta todos os dias, e relatos como estes mostram que o debate sobre a violência obstétrica é extremamente necessário, pois independente da situação a

gestante merece ser respeitada e bem tratada. Não cabe a equipe médica ou a qualquer outra pessoa julgar e condenar uma mulher nesta situação.

3.3 Violência obstétrica como violação aos direitos reprodutivos

Os direitos reprodutivos estão ligados a saúde sexual da mulher de ser livre e responsável, a ter quantos filhos desejar e ter disponível recursos seguros e acessíveis para dar luz aos seus filhos, sem sofrer discriminação, coerção ou violência.

A proteção durante a maternidade, compreende desde a gestação até o nascimento da criança, ou, pelo menos, é assim que deveria funcionar. As instituições de saúde demonstram o descaso contra as mulheres, e muitas vezes lesionam seus direitos sexuais e reprodutivos.

Mulheres que são submetidas a procedimentos contra sua vontade sentem literalmente violentadas, como, por exemplo, no momento do parto em que a gestante é obrigada a passar por intervenções médicas ou cesárias desnecessárias, chegando até passar por procedimentos invasivos.

Devemos ressaltar que essa violência, está diretamente ligada com o corpo da mulher ao longo da gravidez ou durante o parto. Com os depoimentos descritos no decorrer deste artigo, observamos que as adoções de condutas abusivas são praticamente rotina na maioria dos 17 hospitais, e observamos também que os casos de violência obstétrica são muitos além de serem extremamente dolorosos e traumáticos. Sendo assim, é possível concluir que a prática da violência obstétrica viola drasticamente os direitos reprodutivos que são garantidos a mulher.

3.4 Episiotomia

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que consiste em fazer um corte na região do períneo durante o parto vaginal. A prática foi introduzida no início do século XX como uma forma de prevenir lacerações mais graves durante o parto, mas desde então tem sido alvo de debate entre profissionais de saúde e gestantes.

Por um lado, defensores da episiotomia argumentam que ela pode ser necessária para evitar danos mais sérios ao períneo e à musculatura vaginal, além de reduzir o risco de incontinência urinária ou fecal a longo prazo. No entanto, a evidência científica não é conclusiva em relação a esses benefícios.

Por outro lado, críticos argumentam que a episiotomia é frequentemente realizada de forma rotineira, sem indicação clínica adequada, e que pode causar mais danos do que benefícios. Além disso, a episiotomia pode levar a complicações como sangramento excessivo, infecção, dor, dispareunia (dor durante a relação sexual) e trauma psicológico.

Nos últimos anos, houve uma tendência de redução no uso da episiotomia, especialmente em países desenvolvidos, à medida que mais evidências científicas surgem questionando sua eficácia e segurança. No entanto, em alguns países em desenvolvimento, a episiotomia ainda é realizada com frequência, muitas vezes sem consentimento informado da gestante.

É importante que as gestantes tenham acesso a informações precisas e atualizadas sobre a episiotomia, incluindo seus riscos e benefícios, para que possam tomar decisões informadas sobre o parto. Além disso, os profissionais de saúde devem ser treinados para avaliar cuidadosamente a necessidade de realizar a episiotomia em cada caso, levando em consideração fatores como o tamanho do bebê, a posição da cabeça fetal e a flexibilidade do períneo.

Em conclusão, a episiotomia é um procedimento cirúrgico que deve ser realizado com cautela e apenas quando indicado clinicamente. As gestantes devem ser informadas sobre seus riscos e benefícios, e os profissionais de saúde devem ser treinados para avaliar cuidadosamente a necessidade de realizar a episiotomia em cada caso. É fundamental garantir que a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê sejam priorizados durante o parto vaginal.

3.5 Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller é uma técnica obstétrica que consiste em aplicar pressão abdominal na gestante durante o parto vaginal, com o objetivo de auxiliar a expulsão do feto. No entanto, essa prática é altamente controversa e pode causar danos graves à mãe e ao bebê.

A manobra de Kristeller foi introduzida no século XIX pelo médico alemão Samuel Kristeller, que acreditava que a aplicação de pressão abdominal poderia ajudar a acelerar o parto e prevenir complicações. No entanto, desde então, a técnica tem sido criticada por diversos profissionais de saúde e organizações internacionais, que alertam para os seus riscos e falta de evidências científicas que comprovem sua eficácia.

Entre os principais riscos da manobra de Kristeller estão a possibilidade de fraturas ósseas no feto, lacerações uterinas, hemorragias, incontinência urinária e fecal, além de danos

psicológicos e emocionais à mãe e ao bebê. Além disso, a manobra pode prolongar o trabalho de parto e aumentar o risco de intervenções médicas desnecessárias, como a realização de uma cesariana de emergência.

Organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), afirmam que a manobra de Kristeller não deve ser realizada de forma rotineira e somente deve ser considerada em casos específicos e sob supervisão médica. Além disso, a OMS recomenda que outras técnicas, como a utilização de fórceps ou a realização de episiotomia, sejam consideradas antes da aplicação da manobra de Kristeller.

É importante destacar que a manobra de Kristeller não é uma prática aceitável em muitos países desenvolvidos, e que seu uso ainda é frequente em alguns países em desenvolvimento. Para evitar danos à mãe e ao bebê, é fundamental que os profissionais de saúde sejam treinados para identificar as situações em que a técnica pode ser considerada, e que a gestante seja informada sobre os riscos envolvidos e tenha voz ativa nas decisões relacionadas ao parto vaginal.

Em conclusão, a manobra de Kristeller é uma técnica obstétrica controversa que pode causar danos graves à mãe e ao bebê. Sua utilização deve ser cuidadosamente avaliada e somente considerada em casos específicos, sob supervisão médica e com o consentimento informado da gestante. É fundamental que os profissionais de saúde sejam treinados para utilizá-la corretamente e que a gestante seja informada sobre os riscos envolvidos, para que possa tomar decisões informadas sobre o parto vaginal.

3.6 Aplicação de ocitocina

A ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo organismo feminino e desempenha um papel importante no trabalho de parto e na amamentação. No entanto, em alguns casos, é necessária a aplicação da ocitocina sintética para induzir ou acelerar o trabalho de parto. Embora essa prática seja comum em muitos hospitais, ela também é controversa e pode apresentar riscos para a mãe e o bebê.

A ocitocina sintética é frequentemente utilizada para induzir o trabalho de parto, especialmente em casos de gestações prolongadas ou complicações médicas. Também pode ser utilizada para acelerar o trabalho de parto em casos em que a mãe apresenta dificuldades em progredir no processo de parto. A aplicação da ocitocina pode ajudar a aumentar a

frequência e a intensidade das contrações uterinas, o que pode levar à dilatação cervical e à expulsão do feto.

No entanto, a aplicação de ocitocina sintética também pode apresentar riscos para a mãe e o bebê. Entre os principais riscos estão a possibilidade de contrações uterinas intensas e prolongadas, o que pode levar a sofrimento fetal, descolamento da placenta, hemorragias e necessidade de intervenções médicas, como a realização de uma cesariana de emergência.

Além disso, a ocitocina sintética pode aumentar o risco de complicações pós-parto, como a hemorragia pós-parto e a retenção placentária. Também pode afetar a amamentação, já que a produção de ocitocina natural está diretamente relacionada à liberação do leite materno.

É importante que a aplicação de ocitocina sintética seja feita com cautela e apenas quando clinicamente necessária. Os profissionais de saúde devem avaliar cuidadosamente a saúde da mãe e do bebê antes de decidir pela utilização da ocitocina, e monitorar de perto os efeitos das contrações uterinas na gestante e no feto.

Em conclusão, a aplicação de ocitocina sintética pode ser necessária em alguns casos para induzir ou acelerar o trabalho de parto. No entanto, essa prática também apresenta riscos para a mãe e o bebê, e deve ser utilizada com cautela e apenas quando clinicamente necessária. Os profissionais de saúde devem avaliar cuidadosamente a saúde da mãe e do bebê antes de decidir pela utilização da ocitocina, e monitorar de perto os efeitos das contrações uterinas na gestante e no feto.

3.7 Cesárias eletivas

A cesariana é um procedimento cirúrgico que tem sido amplamente utilizado no mundo todo como uma forma de realizar o parto. Embora a cesariana possa ser necessária em alguns casos, como em emergências médicas ou quando a mãe apresenta condições de saúde que impedem o parto vaginal, ela tem sido cada vez mais utilizada como uma opção eletiva para as mulheres grávidas. Embora as cesarianas eletivas tenham se tornado cada vez mais comuns, há muitos riscos associados a este procedimento que as mulheres devem estar cientes antes de tomar uma decisão.

Uma das principais preocupações em relação às cesarianas eletivas é o risco de complicações durante a cirurgia. A cesariana é uma cirurgia invasiva que envolve a incisão do abdômen e do útero, e pode levar a uma série de complicações, incluindo hemorragia, infecção, lesão de órgãos, formação de coágulos sanguíneos e outras complicações graves.

Além disso, as mulheres que optam por uma cesariana eletiva têm um risco maior de complicações em gestações futuras, incluindo placenta prévia, ruptura uterina e outras complicações graves.

Outra preocupação em relação às cesarianas eletivas é o risco aumentado de complicações para o bebê. Bebês nascidos por cesariana têm um risco aumentado de dificuldades respiratórias, problemas de amamentação e outras complicações de saúde. Além disso, bebês nascidos por cesariana têm um risco aumentado de desenvolver asma, alergias e outras condições de saúde relacionadas ao sistema imunológico.

Além dos riscos associados à cirurgia em si, há outras preocupações em relação às cesarianas eletivas. Por exemplo, a cesariana pode levar a uma recuperação mais longa e dolorosa para a mãe, e pode afetar negativamente o vínculo mãe-bebê e a amamentação. Além disso, a cesariana eletiva pode ter impactos psicológicos negativos para a mãe, incluindo sentimentos de falha ou inadequação.

Em resumo, embora a cesariana eletiva possa parecer uma opção atraente para as mulheres grávidas, há muitos riscos associados a este procedimento que devem ser considerados cuidadosamente antes de tomar uma decisão. As mulheres devem discutir suas opções de parto com seus médicos e tomar uma decisão informada baseada em seu próprio histórico médico e circunstâncias pessoais.

3.8 Proibição de acompanhantes

A presença de um acompanhante durante procedimentos médicos e internações hospitalares tem sido uma prática comum há muitos anos. No entanto, em muitos casos, os hospitais e clínicas proíbem a presença de um acompanhante, o que pode ter consequências negativas para os pacientes. Nesta dissertação, vou explorar os efeitos da proibição de acompanhantes em pacientes hospitalizados e discutir por que essa prática deve ser reconsiderada.

A proibição de acompanhantes pode levar a um aumento na ansiedade e no estresse para os pacientes. A hospitalização já é um momento difícil para muitas pessoas, mas a falta de um acompanhante pode tornar a experiência ainda mais assustadora e solitária. Além disso, a presença do acompanhante pode ajudar a acalmar o paciente e fornecer uma sensação de segurança.

A proibição de acompanhantes também pode levar a uma diminuição na qualidade do atendimento ao paciente. Sem um acompanhante, o paciente pode se sentir desencorajado a se comunicar com a equipe médica, o que pode levar a erros na medicação e diagnósticos incorretos. Além disso, a presença do acompanhante pode ajudar a garantir que o paciente receba os cuidados necessários e que suas necessidades sejam atendidas.

Outra preocupação em relação à proibição de acompanhantes é o impacto negativo que isso pode ter na saúde mental dos pacientes. A falta de contato com amigos e familiares pode levar a sentimentos de isolamento e solidão, o que pode ter efeitos duradouros na saúde mental do paciente. Além disso, a proibição de acompanhantes pode tornar mais difícil para os pacientes se recuperarem e se adaptarem a sua condição de saúde.

Finalmente, a proibição de acompanhantes pode ser vista como uma violação dos direitos do paciente. Os pacientes têm o direito de serem informados sobre o seu tratamento e de participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde. A proibição de acompanhantes pode limitar a capacidade dos pacientes de exercerem esses direitos e, portanto, deve ser reconsiderada.

Em resumo, a proibição de acompanhantes durante procedimentos médicos e internações hospitalares pode ter consequências negativas para os pacientes. A presença de um acompanhante pode ajudar a garantir uma melhor qualidade do atendimento ao paciente, reduzir a ansiedade e o estresse, melhorar a saúde mental do paciente e garantir que os direitos do paciente sejam respeitados. Portanto, a proibição de acompanhantes deve ser reconsiderada pelos hospitais e clínicas em todo o mundo.

3.9 Restrições da posição para o parto

A posição para o parto é um assunto de grande importância no campo da obstetrícia. Embora a posição tradicional de parto seja deitada de costas, cada vez mais evidências indicam que outras posições durante o trabalho de parto podem ser mais benéficas para a mãe e o bebê. No entanto, muitos hospitais e clínicas ainda restringem as posições de parto disponíveis para as mulheres. Nesta dissertação, discutirei as restrições das posições de parto e por que é importante para as mulheres terem a liberdade de escolher sua posição de parto durante o trabalho de parto.

As restrições das posições de parto podem levar a uma diminuição no conforto e na eficácia do trabalho de parto. A posição deitada de costas pode ser desconfortável para muitas

mulheres e pode tornar o trabalho de parto mais difícil e prolongado. Além disso, a posição deitada de costas pode dificultar a passagem do bebê pelo canal de parto e aumentar o risco de intervenções médicas, como o uso de fórceps ou a cesariana.

Outra preocupação em relação às restrições das posições de parto é que elas podem limitar a capacidade das mulheres de controlar seu próprio trabalho de parto. As mulheres devem ter a liberdade de escolher a posição que lhes parece mais confortável e natural durante o trabalho de parto. A restrição das opções de posição pode limitar a capacidade das mulheres de se moverem livremente e encontrar a posição mais confortável e eficaz para elas durante o trabalho de parto.

Além disso, as restrições das posições de parto podem levar a um aumento nas intervenções médicas desnecessárias. Quando as mulheres são restringidas a uma posição deitada de costas, elas podem ser mais propensas a precisar de intervenções médicas, como a indução do parto ou o uso de analgesia epidural. Essas intervenções podem aumentar o risco de complicações e podem tornar o parto mais difícil e prolongado.

Por fim, as restrições das posições de parto podem ser vistas como uma violação dos direitos das mulheres. As mulheres têm o direito de escolher sua posição de parto e tomar decisões informadas sobre seu próprio trabalho de parto. A restrição das opções de posição pode limitar a capacidade das mulheres de exercerem esses direitos e, portanto, deve ser reconsiderada pelos hospitais e clínicas em todo o mundo.

Em resumo, as restrições das posições de parto podem levar a um aumento no desconforto e na ineficácia do trabalho de parto, limitar a capacidade das mulheres de controlar seu próprio trabalho de parto e levar a um aumento nas intervenções médicas desnecessárias. Além disso, as restrições das posições de parto podem ser vistas como uma violação dos direitos das mulheres.

4 MODELO TECNOCRÁTICO VERSUS MODELO HUMANÍSTICO

O método tecnocrático é baseado em uma abordagem científica e tecnológica para resolver problemas e tomar decisões. Ele valoriza a eficiência, a objetividade e a racionalidade, utilizando dados e análises detalhadas para tomar decisões.

Por outro lado, o método humanizado é focado no lado humano das questões. Ele enfatiza a empatia, a colaboração e a criatividade, valorizando a diversidade de opiniões e a construção de relacionamentos interpessoais saudáveis.

Ambos os métodos têm seus méritos e desvantagens. O método tecnocrático pode ser altamente eficiente e eficaz, mas pode negligenciar a diversidade de perspectivas e valores humanos. O método humanizado pode levar a soluções mais criativas e colaborativas, mas pode ser menos eficiente em termos de tempo e recursos.

A escolha entre os dois métodos depende do contexto e dos objetivos específicos do problema ou decisão em questão. Em geral, uma abordagem híbrida que combine as melhores características dos dois métodos pode ser a melhor escolha para resolver problemas complexos e tomada de decisões.

Segundo Reis e Patrício (2005), promover o parto mais humanizado é um grande desafio. Isso não requer voltar à história de como nossas avós e mães pariram, mas buscar contribuir para que essa experiência, antes tão natural, seja no ambiente hospitalar um ritual mais próximo do "familiar", integrando nesse processo de parir e nascer os recursos tecnológicos e de competência humano-científica, aos quais a mulher e seu recém-nascido têm direito.

O termo "humanizar" refere-se a uma atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência. Esse conjunto de demandas incluiria o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e os apoios emocionais, sociais e materiais no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligência (QUEIROZ et al., 2003).

Conforme Reis e Patrício (2005), a humanização da assistência perpassa, seguramente, pela qualidade da assistência prestada no pré-natal: pelo envolvimento da mulher, sua família e demais acompanhantes, no processo de gestar e parir, talvez, antes

mesmo da concepção, considerando suas limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas para conceber; pela promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo, considerando a integração de seus saberes com os saberes científicos da equipe de saúde.

Basile (2004) também entende humanizar como a possibilidade de estar atento às condições e as necessidades do outro, já que a base das atividades do profissional da saúde é a relação humana.

Humanizar representa um novo modo de ver a forma de "assistir", incluindo as relações interpessoais com a mulher, com o recém-nascido, com o acompanhante, com os colegas da equipe e com a instituição. (BASILE, 2004).

A técnica da operação cesariana, cujo pai, Jorge Rezende, é autor do livro *Obstetrícia* (1962), ainda hoje muito utilizado nas escolas de medicina. Na continuação do texto, o obstetra dedica-se às técnicas com o intuito de romper com a ideia de que, por ser uma cirurgia, esta seria menos segura.

Nos nossos dias, a cesárea atinge as culminâncias de seu aperfeiçoamento técnico. Os riscos da intervenção se amenizam, espelhados no rigor das estatísticas provenientes assim dos grandes centros como dos obscuros hospitais do Terceiro Mundo. Ato de urgência, de urgência extremada bastas vezes, a despeito disso e talvez por isso, a operação cesariana se cristalizou em técnica de simplicidade requintada, a demandar, contudo, uma execução primorosa.

Para esse obstetra, o que torna uma forma de parto melhor do que a outra seria a superioridade de sua técnica. Enquanto a cesárea teria atingido o ápice de seu aperfeiçoamento, a nova geração de médicos não seria treinada o suficiente nas técnicas necessárias para a realização de um parto normal seguro.

Em um fórum de discussão online não-ativista, o tema era se as participantes conheciam algum bebê que teria tido problemas de saúde devido ao nascimento por cesárea. Diversas participantes se posicionaram no sentido de que a ideia de uma saúde mais frágil do bebê que nasce desta forma é um argumento enganoso, utilizado por partidários do parto normal e informado por olhares ultrapassados sobre a modalidade e também sobre o parto normal.

Tendo em vista isso é obvio que as pessoas ainda veem o parto cesáreo como ele era há 30 anos atrás. Nem no primeiro mundo se faz essa cirurgia com tanta perfeição como aqui. E no que diz respeito à saúde pública (afinal, poucas podem pagar doulas, PNH [parto

natural/normal humanizado] etc.) a cesárea é muito mais segura e bem menos traumática. O que era bom há 40 anos atrás não é bom hoje, mudou muito.

Esta linha de argumento, acionada por mulheres que defendem a cesárea, enfatiza o desenvolvimento técnico como ponto positivo e determinante. Assim, sentem-se seguras em passar pelo procedimento, vendo uma série de vantagens deste sobre o parto normal, tais como evitar as dores do parto e a possibilidade de previsibilidade do evento.

Devido ao enfoque do trabalho de campo posso trazer mais olhares do lado dos defensores do parto normal. Dessa forma abordarei, além das teses defendidas por estes, a conformação das escolas de medicina que operam pelo modelo tecnocrático e o processo de ruptura destes médicos para com seu modelo de formação e a adoção de um novo.

As possibilidades apresentadas nas escolas de medicina oferecem duas opções majoritárias, ambas dentro do modelo tecnocrático: os futuros médicos são direcionados a adotarem uma perspectiva como a do médico acima, de priorizarem as cesáreas, ou um olhar vaginalista, dando preferência ao parto normal, realizado através de diversas intervenções rejeitadas pelos que defendem a humanização. Ao rejeitarem ambas as possibilidades, estes profissionais devem efetuar o que chamam de “mudança de paradigma”, adotando novas práticas e valores. No âmbito do movimento estes profissionais são chamados de médicos humanizados.

Nem sempre o modelo científico esteve de acordo com os valores da humanização, como bem demonstra a conformação das escolas de Medicina, de tal forma que os que não seguiam estes preceitos eram vistos como atrasados no desenvolvimento tecnológico, negando as vantagens deste.

5. MÉTODO DO PARTO FÓRCEPS

Primeiramente vamos esclarecer o eu de fato é Fórceps. É o um instrumento metálico, com duas hastes articuladas. Uma das extremidades das hastes tem formato parecido com o de uma colher, para se fixar à cabeça do bebê, e a outra extremidade é usada pelo médico para manipular o instrumento. Ressaltando ainda que ela deve ser usada apenas por um profissional competente.

Tal método somente é indicado nas seguintes hipóteses: Relativa (em que o vácuo ou a cesárea podem ser opção): parada de progressão no segundo período, estafa materna no segundo período, bloqueio epidural com diminuição da prensa abdominal, rotação

instrumental para correção do mecanismo de parto, suspeita de sofrimento fetal; e segundo na hipótese Específica (o fórceps é habitualmente superior ao vácuo ou cesárea, nessas circunstâncias): parto da cabeça derradeira na apresentação pélvica (único ou gemelar), prematuridade (34 semanas), parto auxiliado na cesárea, condições maternas que contraindiquem o esforço expulsivo, prolapso de cordão no período expulsivo.

5.1 Complicações que podem surgir no uso do fórceps:

Em geral, o uso do fórceps é temido, sendo este procedimento responsabilizado por sequelas na criança. Uma das gestantes afirmou que se pudesse optar, caso tivesse que se submeter a esse procedimento, considerado de risco, preferiria a cesárea, veja relatos:

"Ah (...) fala que quando a criança está na barriga e não quer sair de jeito nenhum, aí eles vai lá com o ferrinho lá dentro lá e puxa (...)" (P).

"Acaba com a mulher e a criança" (P).

"(...) quando eu fui pro hospital, do meu primeiro filho, eu fiquei quinze horas na sala de pré-parto, (...) o médico dizia que não podia fazer uma cesárea, (...) que eu não tinha dilatação, (...) aí foi feito fórceps (...). Então eu não entendo se não pode, que um fala que é um parto proibido no Brasil, né? (...). Mas a criança corre risco com este parto (...) eu não tenho boas recordações dos dois partos (fórceps) que eu tive. Então (...) eu morro de medo disso" (M).

"Ah, se for a fórceps eu prefiro a cesárea" (P).

Para essas mulheres, o parto fórceps está associado a riscos ainda mais temíveis que a cesariana. Sobressai que, no tocante ao fórceps, são enfatizados os riscos à saúde da criança, enquanto que nas falas sobre a cesariana explicitam-se os riscos referentes à saúde da mulher. As falas evidenciam falta de informação sobre o procedimento, além da desinformação expressa no questionamento sobre sua proibição.

Chama a atenção o contraste entre essa concepção do parto, em que tanto o fórceps como a cesárea são percebidos como intervenções envolvendo riscos, e o modelo de assistência prevalente em nossa cultura médica, onde o parto vaginal é percebido como episódio de risco para a mãe e o bebê, sendo que o uso rotineiro de recursos cirúrgicos, tais como a episiotomia, o fórceps e a cesárea é justificado como medida preventiva (Diniz, 1996).

Vale ressaltar que a utilização de fórceps durante o trabalho de parto é um fator de risco **para o desenvolvimento de incontinência urinária na mãe e para a ocorrência de traumatismo vaginal ou perineal**, que é muito superior em relação ao parto espontâneo sem o fórceps.

O uso de fórceps é, frequentemente, acompanhado por uma episiotomia prévia, para a qual é utilizada anestesia peridural ou um anestésico local. Ainda que seja um procedimento

muito seguro e, geralmente, preferido na cesariana de emergência, é conveniente ressaltar que leva alguns riscos como:

- Marcas no rosto do bebê que desaparecem em poucos dias.
- Ocasionalmente, pode produzir lesões no nervo facial, contudo estas lesões são, geralmente, temporárias e melhoram sem tratamento alguns dias depois.
- Lesões na vagina e/ou na bexiga da mãe.

Por estes motivos, o parto auxiliado por fórceps, é realizado sempre que os seus benefícios superem os seus riscos. Por fim, tal método já foi bastante questionado. Mas este pode ser uma alternativa viável se feito de maneira correta, respeitando sempre o corpo da mulher e sua decisão a respeito.

6 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

A violência obstétrica é um fenômeno que está sendo cada vez mais discutido na sociedade. O termo se refere a toda e qualquer forma de violência física ou psicológica sofrida pelas mulheres durante o parto e o pós-parto. Infelizmente, muitas mulheres ainda enfrentam esse tipo de violência no momento de dar à luz.

Os profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto têm um papel fundamental na prevenção da violência obstétrica. É importante que eles estejam conscientes das possíveis formas de violência que podem ocorrer no ambiente hospitalar e estejam preparados para lidar com elas.

Os profissionais devem ter uma postura humanizada e acolhedora, respeitando as escolhas e decisões da gestante, além de se preocupar com o bem-estar dela e do bebê. É fundamental que haja um diálogo franco entre a equipe de saúde e a gestante para que todos estejam alinhados quanto aos procedimentos que serão realizados durante o parto.

Os profissionais também devem estar atentos para identificar situações de violência obstétrica, como a pressão para a realização de cesáreas desnecessárias ou a utilização de métodos de contenção sem justificativa médica.

A conscientização e formação dos profissionais de saúde é fundamental para a prevenção da violência obstétrica. Além disso, é importante que as mulheres sejam informadas sobre seus direitos e tenham acesso a informações seguras para que possam tomar decisões informadas e assertivas quanto ao seu parto.

Uma pesquisa realizada com 18 profissionais por Aguiar (2013), sendo, médicos obstetras, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com o objetivo de visualizar a violência institucional revelou que a maioria dos profissionais não enxergam determinadas ações como forma de violência e sim como algo rotineiro, afirmando que algumas atitudes são “necessárias para manter a ordem”. Declaram ainda que as pacientes “poliqueixosas, que cometem escândalos, as agitadas, as ignorantes e pouco colaborativas necessitam de mais autoridade” como pode-se observar pelo depoimento abaixo:

Ah, isso eu já falei também [Não grita se não eu não venho te atender! Se continuar eu paro agora o que eu estou fazendo!]. (...) Porque eu queria tentar chamar atenção pra ela colaborar no trabalho de parto. Eu jamais ia fazer isso porque eu nunca fiz isso, de largar a paciente sozinha na sala. Isso é uma... É uma forma de ‘coação’, uma forma de tentar ‘dissuadir’ a gestante... Dissuadir, não, né. Tentar fazer com que a gestante colabore mais.” Obstetra.

Todos os entrevistados também relataram já terem presenciado cenas com o uso de frases mencionadas acima. A violência institucional é ainda justificada por alguns profissionais como resultado da precariedade dos serviços públicos de saúde e a alta demanda. Eles ainda referem que a prevalência de violência é em instituições públicas, o pobre tende a sofrer ainda mais. A perda do ambiente acolhedor e a desvalorização do nascimento fazem com que algumas mulheres retornem a ideia de parir em casa, de forma planejada com auxílio de enfermeiras obstétricas, doulas e até médicos obstetras, dispensando a modernidade e a suposta segurança de parir em um hospital. Todavia essas mulheres não têm encontrado apoio e são vistas como levianas e inconsequentes, bem como profissionais que atuam nessa área.

O papel do enfermeiro obstetra reflete em um grande benefício para a assistência obstétrica. A visão do enfermeiro obstetra é muito diferente comparando aos estudos com os outros profissionais, pois esses reconhecem e confirmam a violência obstétrica e o atual modelo de assistência como pobre em benefícios e acreditam em um modelo de assistência baseado em evidências científicas. O enfermeiro obstetra é amparado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2815/98, de 29 de maio de 1998 para atuar na assistência ao parto normal de baixo risco ou risco habitual. Defendem ainda que, cada mulher deve ser tratada de

uma forma única no momento de dar à luz, priorizando uma assistência individualizada e de forma integral.

Todavia, a atuação dos enfermeiros obstetras em hospitais é bastante limitada, pois enfrentam o autoritarismo médico, e em algumas maternidades assumem uma maior quantidade de funções burocráticas ao invés da assistência obstétrica no momento do trabalho de parto, sendo mais frequente nessa hora a presença do médico e do técnico de enfermagem.

7 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO PONTO DE VISTA DAS MULHERES

Durante o parto, as mulheres ficam sensibilizadas e vulneráveis a sofrer violência. Trata-se muitas vezes de uma violência consentida, pois movidas pelo medo e a subordinação ao profissional algumas acabam esquecendo momentaneamente o que sofrem, movidas pela alegria do nascimento.

Outras enfrentam doses ainda maiores de agressões, tornando o evento do parto algo dolorido não apenas pelo fisiológico, mas pela violência sofrida. Além disso, muitas mulheres não têm conhecimento de que as intervenções que sofrem são consideradas violência, como por exemplo a episiotomia, termo técnico utilizado por profissionais e que não fazem parte do cotidiano de todas as mulheres. A falta de informação e empoderamento dessas mulheres reflete em índices maiores de violência e cabe ao profissional, analisar o grau de instrução da paciente e realizar uma comunicação efetiva, possibilitando um diálogo respeitoso e uma assistência humanizada.

Porém, com o tempo veio crescendo estudos quantitativos e qualitativos referente a visão das mulheres acerca da Violência Obstétrica, sendo essa categoria o maior número de artigos analisados. Na voz das usuárias, existe uma prevalência da violência institucional, expressada em negligência de atendimento, agressões verbais, cesáreas indesejadas, proibições de acompanhantes e excesso de intervenções físicas. Nas intervenções físicas, destaca-se a grande ocorrência de exames e toques vaginais repetitivos para fins de aprendizado (20%) e a cesariana eletiva sem indicação. O depoimento abaixo foi retirado da pesquisa realizada por Wollf (2008):

(...) Menos gostei, foram os toques, porque, no começo doía, não gostava quando eles [os médicos] vinham [...] doía, era ruim, porque tinha gente que fazia com calma e outros que não [...] eles chegavam e diziam: Vamos examinar, vamos ver como é que está, e aí eu deixava [...]. Aí vinha todo mundo, todo mundo queria fazer [...] vários [...] quatro fizeram exames de toque [vaginal] [...] senti nesse momento

vergonha (...)” primípara de 15 anos de idade legalmente e nos sentimentos por elas vivenciados durante o parto e o nascimento.

É lastimável que a mulher tenha se apagado desta forma durante o momento do seu parto, sendo tratada como uma cobaia, um objeto de aprendizado, ferindo todos os seus princípios de privacidade, dignidade.

Quanto a cesárea sem indicação, ou seja, em mulheres que poderiam ter um parto normal, o Brasil é o país com maior índice mundial de cesáreas, sendo de 27% na rede pública e até 90% na rede privada, enquanto o recomendado pela OMS em 2012 seria de 10 a 15% ao ano, sugerindo ainda que sejam aplicadas em todo o mundo a classificação universal de Robson, um documento que permite comparar as diferentes taxas de cesárea entre hospitais, países e cidades. Segundo SALGADO (2012) 70 a 80% das mulheres que realizam cesárea, almejavam ter parto normal desde o início da gravidez. Movidas por informações incompletas e distorcidas, são coagidas a realizações de cesáreas eletivas e desconhecem os malefícios do procedimento cirúrgico. Comparado ao parto vaginal, a cesariana sem indicação oferece um risco maior a morbidade e mortalidade materna, risco de infecção e internamentos em UTI e UTI neonatal, risco de prematuridade e mortalidade neonatal, sem mencionar as questões imunológicas. Finalmente, após todas as análises, cabe ressaltar que o tema ainda é recente e está em ascensão, sendo a prevenção da Violência Obstétrica um assunto discutido e necessitado de investigação e intervenção.

Podemos concluir por tanto, que a dor do parto faz parte da natureza humana e está associada a possibilidade do ser humano gerar uma vida. Além da dor fisiológica, a dor de uma agressão durante o nascimento ficará na lembrança da vítima para sempre como algo traumático e pouco agradável de lembrança. O momento do parto deveria ser considerado e lembrado com um momento de alegria pelas mulheres e manejado com respeito e de forma humanizada pelos profissionais de saúde.

O presente tópico possibilitou a visualização ampliada da violência obstétrica como um problema de saúde pública violador de direitos de grandes índices. É necessário que haja ainda mais divulgações acerca do tema, para que as mulheres tenham acesso a informações e aos seus direitos, e estejam mais empoderadas e preparadas para o momento do parto.

A prevenção da violência obstétrica deve iniciar nas universidades e instituições de educação em saúde, mediante a inclusão de disciplinas e discussões acerca da temática e principalmente a migração para um modelo de assistência baseado em evidências científicas, diminuindo assim as intervenções desnecessárias e o alto índice de cesarianas.

Ainda é importante destacar que a enfermagem obstétrica possui um grande papel no combate a Violência Obstétrica, pois essa classe já encontra-se mais inserida no que diz respeito às boas práticas obstétricas e encontra-se mais próxima da paciente durante o momento do parto. Torna-se indispensável, a implementação e fiscalização de gestores e autoridade públicas nas instituições para que as políticas de proteção e incentivo ao parto humanizado sejam cumpridas. A atualização das classes de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem por meio de protocolos, treinamentos e conscientizações é de mera importância pois os estudos revelaram que para a maioria dos profissionais não relaciona as atitudes cometidas com violência.

Por fim, é necessário devolver a mulher o papel de protagonista do próprio parto, atuando na assistência obstétrica descentralizando o profissional, de modo a oferecer desde um pré-natal efetivo até um parto humanizado, fazendo o uso das boas práticas e respeitar cada nascimento como um acontecimento único e prezar por uma assistência obstétrica de qualidade.

8 O DESAMPARO DO SISTEMA NORMATIVO BRASILEIRO ATUAL E OS PROJETOS DE LEI EM CURSO

Pode-se afirmar que não há lei federal no Brasil ou outro tipo de regulamentação nacional sobre o que configura ou não violência obstétrica. Essa discrepância acaba gerando várias críticas em torno dela, casos dessa natureza tem sido cada vez mais atestados e presenciados nos hospitais e clínicas. A cada dia, mais mulheres são vítimas desse tipo de agressão física e psicológica. No nosso Código Civil a mulher que sofreu violência obstétrica poderá exigir reparação por danos morais e até mesmo materiais previstos nos artigos 186 e 927. Assim, os profissionais agressores poderão ser responsabilizados mas infelizmente o nosso código penal não tipifica a conduta de profissionais da saúde que cometam atos considerados violência obstétrica, sendo necessária a utilização de uma norma genérica a ser aplicada ao caso concreto.

De acordo com a norma entende-se que os profissionais de saúde que praticam algum ato de violência obstétrica podem ser responsabilizados civilmente pelos danos causados às vítimas. Para a justiça brasileira, essa situação corresponde a um erro médico, podendo ser considerada uma consequência maior trazida devido à falta de tipificação, além de ser uma situação em que a mulher se sente desamparada pelo Estado, seguindo esse pensamento podemos frisar o julgado a seguir:

EMENTA: APELAÇÃO CIVEL– AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS – ERRO MÉDICO – PERDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO – PARTO PROLONGADO – HIPOXIA PERINATAL – LAUDO PERICIAL – PRESUNÇÃO DE VERACIDADE – NEGLIGÊNCIA COMPROVADA – RESPONSABILIDADE – QUANTUM INDENIZATÓRIO – PENSIONAMENTO. (TJ- MG – Apelação Cível AC 10525130154715007 MG (TJ- 13 MG).

As jurisprudências acerca desse tema são difíceis de serem encontradas, Isso nada tem a ver com o fato de não ter ocorrido violência, muito pelo contrário, como demonstrado, a violência obstétrica ocorre com frequência e em quantidade alarmante. Isso deve ser protegido e reconhecido criminalmente. É importante especificar que por qualquer intervenção não devidamente informada à gestante e posteriormente autorizada, havendo complicações e

danos, o médico responsável responderá pelo crime de lesão corporal. Tais casos incluem a prática de abuso em intervenção, que se enquadra no lince de constrangimento ilegítimo.

A respeito dessa situação, cabe destacar a seguinte jurisprudência: APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DE MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. 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 [...]. (Apelação Crime nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em: 14/11/2013).

Apesar desse obstáculo, é possível encontrar campanhas legais para contorná-lo. No Brasil, já existem alguns projetos de lei que tentam criminalizar o comportamento. A título de exemplo, o Estado de São Paulo possui a Lei nº 1.130/2017, de autoria do MP Leci Brandão, em seu artigo 6º, incisos II e III, que dispõe sobre a responsabilidade administrativa, civil e criminal de profissionais ou agentes de saúde; gestores de saúde, clínica Nome do responsável ou responsável pelo órgão onde ocorreu a infração.

A responsabilidade penal acompanha a violação das normas do direito penal e, portanto, a intenção do Estado de punir aqueles que violam as normas. Para assumir a responsabilidade criminal, o indivíduo que cometeu o crime deve primeiro ser atribuído à responsabilidade criminal. Podemos pontuar também a violação do dever de cuidado objetivo que pode ocorrer de três maneiras diferentes: na forma de imprudência, negligência ou imperícia.

O comportamento imprudente ocorre quando a pessoa não possui cuidado ou cautela, a negligência é um erro resultante da inobservância, falta de atenção e descuido, por outro lado, a imperícia é um erro que evidencia a falta de habilidade técnica no exercício da profissão. Pode-se citar ainda o crime de lesão corporal que se encontra-se no art. 129 do Código Penal, podendo ser definido como ofensa à saúde ou à integridade corporal de determinado indivíduo e juntamente o crime de constrangimento ilegal previsto no art.146, que inflige a liberdade pessoal da pessoa, a liberdade de pensamento, escolha e a vontade. Entre outras coisas, cita-se a Lei nº 8.219/17, do deputado Francisco Floriano, que penaliza a violência obstétrica com pena de detenção (seis meses a dois anos) e multa.

No caso de episiotomia, a pena será de detenção (um a dois anos) e multa. Mesmo com a análise dos Projetos de Lei em tramitação a tipificação desse crime deve ser incluído e reconhecido no nosso Código Penal, a aplicação de lei genérica só mostra o desamparo que as nossas mulheres sofrem com o Estado, aumentando o medo e potencializando o trauma.

9 A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER

Os direitos fundamentais são os direitos básicos de qualquer ser humano, devendo esses serem aplicados a todos os indivíduos, os possibilitando desfrutar de uma vida digna e são encontrados no art. 5º da Constituição Federal do Brasil. Os direitos fundamentais são direitos protetivos, cujo objetivo é proteger os indivíduos frente à atuação estatal, os fundamentos básicos dos direitos fundamentais dizem respeito à proteção da dignidade humana. Nesse sentido, Moraes ensina que:

Os direitos humanos fundamentais, em sua concepção atualmente conhecida, surgiram como produto da fusão de várias fontes, desde tradições arraigadas nas diversas civilizações, até a conjugação dos pensamentos filosóficos-jurídicos, das ideias surgidas com o cristianismo e com o direito natural. [...] Assim, a noção de direitos fundamentais é mais antiga que o surgimento da ideia de constitucionalismo, que tão somente consagrou a precisão de insculpir um rol mínimo de direitos fundamentais humanos em um documento escrito, derivado diretamente da soberana vontade popular (MORAES, 2011, p. 2-3).

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 foi um grande avanço no reconhecimento da mulher como titular de direitos fundamentais e na proteção desses direitos. A Organização Mundial da Saúde nos leva a respeito da violência obstétrica e a violação dos direitos fundamentais da mulher:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a sua gravidez e a concepção, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os atos de crueldade, a negligência e o desrespeito ao longo do parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, tanto que descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de se tornarem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. (OMS, 2014, p. 1).

No mesmo sentido, a Secretaria da Saúde afirma que:

A qualificação permanente do cuidado ao pré-natal, ao parto e ao pós- parto deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para a criança, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário que os especialistas envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher. A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que

possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde. (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010, p. 12).

São muitos os direitos violados com a prática da violência obstétrica contraposição a mulher, ferindo a nossa lei maior, Constituição Federal, afetando os direitos fundamentais como o direito à vida não apenas o direito de existir, mas de existir com dignidade, o direito à liberdade além de ir e vir representar, também, o direito à opinião, à informação e escusa de consciência e o direito à segurança que pode ser analisado tanto pela ótica do direito à proteção física dos indivíduos, como de proteção jurídica do indivíduo perante o poder punitivo do Estado. A violência obstétrica também viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, tendo em vista que os procedimentos invasivos e dolorosos perpetrados pelos profissionais da saúde ferem a autonomia da mulher, que por muitas vezes não é ao menos avisada sobre o método que será realizado.

Podemos analisar que é garantido pela norma o direito a estar livre de danos e maus tratos. Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento. Direito à confidencialidade e privacidade. Direito à dignidade e ao respeito. Direito à igualdade, a não discriminação e a equidade da atenção. Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde. Direito à liberdade e à autonomia. (TESSER, 2015, p. 3).

10 DA POSSIBILIDADE DA CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A violência obstétrica é um tema que tem ganhado cada vez mais destaque na sociedade, especialmente no campo dos direitos das mulheres. Trata-se de uma forma de violência que ocorre durante o parto ou em qualquer momento do atendimento pré-natal, e pode incluir tratamentos desumanos, humilhantes e até mesmo abusivos. A possibilidade da criminalização da violência obstétrica no ordenamento jurídico é um tema que tem sido debatido por muitos especialistas e organizações de direitos humanos.

Em primeiro lugar, é importante destacar que a violência obstétrica viola diversos direitos humanos, como o direito à vida, à integridade física e psicológica, à igualdade e não

discriminação, à privacidade e à informação. Além disso, a violência obstétrica também está em desacordo com as normas éticas e deontológicas da profissão médica, que exigem a proteção da saúde e do bem-estar da mãe e do bebê.

Diante desse cenário, alguns especialistas e organizações de direitos humanos defendem a criminalização da violência obstétrica, argumentando que a medida seria uma forma de coibir e prevenir essa prática. No entanto, há aqueles que se opõem à criminalização, argumentando que a medida poderia gerar um efeito contraproducente, aumentando a judicialização das relações médico-paciente e prejudicando a relação de confiança entre os profissionais de saúde e suas pacientes.

Apesar das divergências de opinião, é possível afirmar que a criminalização da violência obstétrica seria uma medida importante para garantir o respeito aos direitos humanos das mulheres e a proteção da saúde e do bem-estar das mães e bebês. No entanto, é necessário que a medida seja implementada de forma cuidadosa e equilibrada, de modo a não prejudicar a relação médico-paciente e garantir que a punição seja aplicada de forma justa e proporcional.

Em conclusão, a possibilidade da criminalização da violência obstétrica no ordenamento jurídico é um tema complexo e polêmico, que exige uma análise cuidadosa e detalhada. Embora haja divergências de opinião, é possível afirmar que a medida seria uma forma importante de coibir e prevenir a violência obstétrica, garantindo a proteção dos direitos humanos das mulheres e o respeito à ética médica. No entanto, é necessário que a medida seja implementada com cautela e equilíbrio, de modo a garantir que a punição seja aplicada de forma justa e proporcional.

11 IMPOSSIBILIDADE DA CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A violência obstétrica é um tema que tem gerado discussões e debates acalorados na sociedade atual. Trata-se de um fenômeno que ocorre durante o parto ou em qualquer momento do atendimento pré-natal, e pode incluir tratamentos desumanos, humilhantes e até mesmo abusivos. No entanto, a criminalização da violência obstétrica no ordenamento jurídico é um tema que tem gerado controvérsias e dúvidas.

Embora a violência obstétrica seja um problema grave, a sua criminalização é algo que não se mostra viável no atual ordenamento jurídico. Isso se deve a diversos fatores, entre eles a dificuldade de se definir o que seria considerado violência obstétrica, a complexidade dos casos que envolvem essa prática, e a possibilidade de judicialização excessiva das relações médicopaciente.

A definição de violência obstétrica é um tema que ainda não está completamente consolidado, e isso pode gerar dificuldades no momento da aplicação da lei. Além disso, a complexidade dos casos que envolvem violência obstétrica pode tornar difícil a distinção entre a prática de um procedimento inadequado e o erro médico. Essa complexidade pode gerar conflitos e controvérsias jurídicas, o que pode prejudicar a relação de confiança entre médicos e pacientes.

Outro fator que inviabiliza a criminalização da violência obstétrica é a possibilidade de judicialização excessiva das relações médico-paciente. A aplicação da lei nesses casos pode gerar um excesso de litígios e processos judiciais, que podem prejudicar a atuação adequada dos profissionais de saúde. Além disso, a criminalização pode gerar um efeito contraproducente, afastando os médicos de setores mais vulneráveis da população, como as gestantes de baixa renda.

Diante desses fatores, é possível afirmar que a criminalização da violência obstétrica no ordenamento jurídico não é uma solução viável para o problema. É necessário buscar outras formas de combater essa prática, como a capacitação dos profissionais de saúde, a conscientização da população sobre seus direitos e a criação de canais de denúncia e de apoio às vítimas.

Em conclusão, embora a violência obstétrica seja um problema grave, a sua criminalização não é uma solução viável no atual ordenamento jurídico. É necessário buscar outras formas de coibir e prevenir essa prática, garantindo a proteção da saúde e do bem-estar das mães e bebês, bem como o respeito aos direitos humanos das mulheres.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A violência obstétrica é tema que envolve a uma violência de gênero contra mulheres e merece atenção do sistema de justiça. Pode-se considerar a urgência na definição dessa regulamentação e para que a violência obstétrica encontre o respaldo jurídico que merece para subsidiar adequadamente a atuação da justiça sobre o tema para contribuir efetivamente para a

redução da violência obstétrica contra mulheres no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Recentemente, a ocorrência de abuso, maus-tratos e violência contra mulheres durante o parto ou outros serviços de saúde reprodutiva tem sido discutida e avaliada em todo o mundo. Cada vez mais denúncias estão sendo verificadas na área e o número de ações judiciais visando impor sanções a instituições e profissionais que adotaram esse comportamento vem aumentando significativamente. A violência obstétrica é definida como um conjunto de ações praticadas com a gestante antes, durante e após o parto, que invadem sua privacidade e não respeitam seu direito de tomar decisões sobre seu corpo e sobre seu filho, exemplos de violência obstétrica incluem procedimentos realizados sem conhecimento da condição da gestante sem o consentimento de uma mulher grávida que pode prejudicar o corpo e o feto.

É nítido que o tema em discussão ainda apresenta muitas fragilidades no sistema de saúde, por isso continua fazendo diariamente muitas mulheres vítimas de violência obstétrica. Entendemos a necessidade de ampliar as políticas públicas para que esse tema seja transversalizado, quebrar barreiras de responsabilidade fora do serviço de saúde e ampliar o debate nos mais diversos espaços de formação em todas as etapas de ensino e aprendizagem, com cursos de áreas profissionais. Necessita-se de ações que empoderem todas as pessoas para o reconhecimento da violência na assistência ao parto capacitando-as a desenvolver empatia diante das situações de violência obstétrica que podem ser agentes de mudança.

Ressalta-se que toda mulher tem direito a uma assistência digna, respeitosa e de qualidade durante a gestação. Discutir esse tema pode ajudar as mulheres a adquirirem mais conhecimento e é preciso mantê-las bem informadas sobre os riscos, procedimentos e opções para que possam evitar qualquer violência obstétrica e se sofrerem podem condená-la. Os momentos que antecedem o trabalho de parto e parto são considerados de fundamental importância como momento de confiança e segurança entre profissionais e pacientes. É necessário incentivar e permitir a autonomia da mulher no parto, garantindo-lhe a liberdade de escolher o método que melhor se adapte à sua situação clínica, intervindo apenas o que for verdadeiramente necessário, frisando o direito assegurado da gestante em ter um acompanhante durante o parto.

Assim, este estudo se conclui enfatizando a urgência da elaboração de uma norma federal que regule formalmente a violência obstétrica, pois trará uma sensação de segurança às milhares de gestantes que são vítimas cotidianas desse crime e penalizará quem o pratica.

A dor do parto faz parte da natureza humana e está associada a possibilidade do ser humano gerar uma vida. Além da dor fisiológica, a dor de uma agressão durante o nascimento ficará na lembrança da vítima para sempre como algo traumático e pouco agradável de se lembrar. O momento do parto deveria ser considerado e lembrado como um momento de alegria e realização pelas mulheres e manejado com respeito e de forma humanizada pelos profissionais de saúde.

O presente estudo possibilitou a visualização ampliada da violência obstétrica como um problema de saúde pública violador de direitos de grandes índices. É necessário que haja ainda mais divulgações acerca do tema, para que as mulheres tenham acesso a informações e aos seus direitos, e estejam mais empoderadas e preparadas para o momento do parto. A prevenção da violência obstétrica deve iniciar nas universidades e instituições de educação em saúde, mediante a inclusão de disciplinas e discussões acerca da temática e principalmente a migração para um modelo de assistência baseado em evidências científicas, diminuindo assim as intervenções desnecessárias e o alto índice de cesarianas que em muitos casos ocorrem desnecessariamente. Ainda é importante destacar que a enfermagem obstétrica possui um grande papel no combate a Violência Obstétrica, pois essa classe já encontra-se mais inserida no que diz respeito às boas práticas obstétricas e encontra-se mais próxima da paciente durante o momento do parto. Torna-se indispensável, a implementação e fiscalização de gestores e autoridade públicas nas instituições para que as políticas de proteção e incentivo ao parto humanizado sejam cumpridas. A atualização das classes de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem por meio de protocolos, treinamentos e conscientizações é de mera importância também, pois os estudos revelaram que para a maioria dos profissionais não relaciona as atitudes cometidas com violência.

Por fim, é necessário devolver a mulher o papel de protagonista do próprio parto, atuando na assistência obstétrica descentralizando o profissional, de modo a oferecer desde um pré natal efetivo até um parto humanizado, fazendo o uso das boas práticas e respeitar cada nascimento como um acontecimento único e prezar por uma assistência obstétrica de qualidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR (2013): AGUIAR JM, D'OLIVEIRA AFPL, Schraiber LB. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública. 2013.

BRANDT, Gabriela Pinheiro; SOUZA, Silvia Jaqueline Pereira; MAGOTO, Michelle Thais; WEIGERT, Simone Planca. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A VERDADEIRA DOR DO PARTO** 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. <https://br.noticias.yahoo.com/medico-presos-por-estuprar-pacientegravida-foi-filmado-por-colegas-durante-abuso-124007829.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 (BR). **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em. Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério.** Saúde. São Paulo (Estado). Assessoria. São Paulo: SES/SP, 2010

MARCELA, Regina Estrela¹; CLOVES, Antônio¹ Amíssis de Amorim¹; ANA MARIA, Moser; **A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA MULHERES NO SÉCULO XXI;** Brasil.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Organização Mundial da Saúde. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=89659A54C6BD617CCEC48080F002A266?sequence=3>

PERES, Jade Santos Lopes; **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A NECESSIDADE DA CRIAÇÃO DE LEIS ESPECÍFICAS QUE PROTEJAM A MULHER NO MOMENTO DA GESTAÇÃO E PARTO,** Goiânia-GO 2021.

SILVANI, Cristina Maria Baldo; **PARTO HUMANIZADO- UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA;** Porto Alegre-RS 2010.

Página de assinaturas




Wyderlannya o

WQdcíla → → Qa oli:ciía

622.206.913-49

Signatáfio

HISÓRICO

-  **10 jul 2022** WQdcíla → → Qa Aguiái costa de oli:ciía criou este documento. (E-mail: wydeílannya@hotmail.com, CPF: 19:50:02 622.206.913-49)
-  **10 jul 2022** WQdcíla → → Qa Aguiái costa de oli:ciía (E-mail: Qdeíla → → Qa@”ot’/2ail.co/2, CNI: S22.20S.D1«-4D) visualizou este documento 19:50:03 por meio do IP 186.227.186.31 localizado em Impeíatíiz - Maíanhao - Bízil
-  **10 jul 2022** WQdcíla → → Qa Aguiái costa de oli:ciía (E-mail: Qdeíla → → Qa@”ot’/2ail.co/2, CNI: S22.20S.D1«-4D) assinou este documento 19:50:07 por meio do IP 186.227.186.31 localizado em Impeíatíiz - Maíanhao - Bízil



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento

Hash SHA256 do PDF original

#

ff1363fc0563f3da779975c773d149e4976e50c66bc8c7636a9ce65d27b6a7f6

<https://valida.ae/2965d86ab22a7d6a26f3c4e0d7cd9bcb66a23053ccf91d4ac>

Autenticação
eletfônica

45/46

hoários em GMT -03:00 Brasília
em 05 dez 2023 às 21:28:42

5d55cff069cb550ecbb4281f60a43527505d7be891459746f



Página de assinaturas

WQdcila → Maicon T

622.206.913-49

Signatário

Maicon T

Maico → Rodrigo Fauckeit

986.590.490-04

Signatário

Wyderlannya o

E → dc Sil:a

070.756.663-04

Signatário

Isac F

Isac Íciciá

947.822.102-72

Signatário



**HIS
ÓRIC
O**

Ende S

05 dez 2023

Maico →

Rodrigo

Fauckeit ciiou

este documento. (E-mail: difeito@fadesa.edu.bj, CPF: 986.590.490-04)

18:33:48

05 dez 2023



Maico → Rodrigo Fauckeit (E-mail: difeito@fadesa.edu.bj, CNI: D8S.5D0.4D0-04) visualizou este documento por meio



Última atualização Identificação:
do IP 18:33:48 170.239.200.111 localizado em Cuñionopolis - Paía - BÍazil

- 05 dez 2022< **Maico → Rodrigo Fauckit** (E-mail: diteito@fadesa.edu.bi, CNI: D8S.5D0.4D0-04) assinou este documento por meio do IP 18:33:52 170.239.200.111 localizado em Cuñionopolis - Paía - BÍazil
- 05 dez 2022< **Isac Rodrigues Içiciã** (E-mail: isaci.feiteia@icloud.com, CNI: D47.822.102-72) visualizou este documento por meio do IP 19:24:16 179.84.210.27 localizado em Paía - BÍazil
- 05 dez 2022< **Isac Rodrigues Içiciã** (E-mail: isaci.feiteia@icloud.com, CNI: D47.822.102-72) assinou este documento por meio do IP 19:24:37 179.84.216.237 localizado em Paía - BÍazil
- 05 dez 2022< **WQdcila → Qa Aguiã costa de oli:ciã** (E-mail: Qdeila→Qa@otail.com, CNI: S22.20S.D1«-4D) visualizou este documento 20:04:52 por meio do IP 189.40.107.9 localizado em Belém - Paía - BÍazil
- 05 dez 2022< **WQdcila → Qa Aguiã costa de oli:ciã** (E-mail: Qdeila→Qa@otail.com, CNI: S22.20S.D1«-4D) assinou este documento 20:05:04 por meio do IP 189.40.104.11 localizado em Belém - Paía - BÍazil
- 05 dez 2022< **E → dc Mackado Sil:a** (E-mail: e→de/ac@ado.fadesa@gmail.com, CNI: 070.75S.SS«-04) visualizou este documento por meio do IP 177.8.26.153 localizado em Paíauapebas - Paía - BÍazil

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original [76ba71d1720954c311c9c928504638403edefa84967a474b4f9f62239c313e68](https://valida.ae/5d55cff069cb550ecbb4281f60a43527505d7be891459746f)
<https://valida.ae/5d55cff069cb550ecbb4281f60a43527505d7be891459746f>



Autenticação eletrônica 46/46
hoários em GMT -03:00 Brasília
em 05 dez 2023 às 21:28:42
5d55cff069cb550ecbb4281f60a43527505d7be891459746f

- 05 dez 2022< **E → dc Mackado Sil:a** (E-mail: e→de/ac@ado.fadesa@gmail.com, CNI: 070.75S.SS«-04) assinou este documento por meio do IP 177.8.26.153 localizado em Paíauapebas - Paía - BÍazil



Última atualização Identificação:
Hash SHA256 do PDF original 76ba71d1720954c311c9c928504638403edefa84967a474b4f9f62239c313e68
<https://valida.ae/5d55cff069cb550ecbb4281f60a43527505d7be891459746f>

