

Violência obstétrica: uma questão de saúde pública e a violação dos direitos fundamentais da mulher

Obstetric violence: a public health issue and the violation of fundamental rights of women

La violencia obstétrica: un problema de salud pública y la violación de los derechos fundamentales de las mujeres

Recebido: 10/10/2022 | Revisado: 22/10/2022 | Aceitado: 24/10/2022 | Publicado: 29/10/2022

Leticia de Melo Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1871-5760>

Faculdade Guarafá, Brasil

E-mail: lelemelo355123@hotmail.com

Luisa Geovanna de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7996-2450>

Faculdade Guarafá, Brasil

E-mail: luisageovanna2610@gmail.com

Wyrajane Terra da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7308-3834>

Faculdade Guarafá, Brasil

E-mail: wyrrojane.silva@iescfag.edu.br

Resumo

A violência obstétrica é uma forma de violência física ou verbal, praticada em gestantes em unidades de saúde no período gravídico-puerperal, sendo um sério problema de saúde pública nas últimas décadas. O objetivo do estudo é analisar as evidências científicas acerca da visão social das mulheres sobre violência obstétrica e a necessidade da intervenção médica, vontade da gestante no momento do parto e os fatos geradores desse tipo de violência. Baseia-se em um estudo, ao qual se dá ênfase a “Violência Obstétrica”, ao “Trabalho de Parto”, a “Saúde da Mulher”, o “direito fundamental das mulheres” e a “Percepção Social”. Relaciona a insatisfação das puérperas momentos antes, durante ou depois do trabalho de parto. Sendo as insatisfatórias, caracterizadas como o desrespeitoso com as gestantes, causado pelos profissionais de saúde, com pouca ou nem mesmo alguma possibilidade de poder sobre o próprio corpo, desrespeito ao seu papel social como mãe, ofensas, submissão ao profissional de saúde, exame de toque excessivos, aplicação indesejada de ocitocina, episiotomia, realização de manobra de *Kristeller*, realização indesejada do parto cesariano, sendo essas e muitas outras, uma violação dos direitos fundamentais das mulheres. Por fim, o estudo revela a importância de minimizar e até mesmo acabar definitivamente com as práticas prejudiciais à saúde da gestante, devidamente praticadas por profissionais da saúde durante ou depois do ciclo gravídico puerperal.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Parto humanizado; Dignidade humana; Direito.

Abstract

Obstetric violence is a form of physical or verbal violence, practiced against pregnant women in health units in the pregnancy-puerperal period, being a serious public health problem in recent decades, due to maternal and child consequences arising from diseases, dysfunctions and psychological disorders caused in women. The objective of the study is to analyze the scientific evidence about the social view of women about obstetric violence and the facts that cause this type of violence. It is based on a study, which emphasizes "Obstetric Violence", "Labor", "Women's Health", the "fundamental rights of women", among them, the right to life, to privacy, security, equality, freedom of thought, the right not to be subjected to torture, among others." and "Social Perception". It relates the dissatisfaction of postpartum women moments before, during or after labor. Being the unsatisfactory, characterized as disrespectful to pregnant women, caused by health professionals, with little or not even some possibility of physical or moral force on their own body, disrespect for their social role as a mother, offenses, submission to the health professional, excessive digital examination, unwanted application of oxytocin, episiotomy, *Kristeller* maneuver, unwanted cesarean delivery, these and many others. Finally, the study reveals the importance of minimizing and even definitively ending practices that are harmful to the health of the pregnant woman, duly practiced by health professionals during or after the puerperal pregnancy cycle.

Keywords: Obstetric violence; Humanized birth; Human dignity; Right.

Resumen

La violencia obstétrica es una forma de violencia física o verbal, practicada contra las mujeres embarazadas en las unidades de salud en el período embarazo-puerperio, siendo un grave problema de salud pública en las últimas décadas,

devido a las secuelas maternas e infantiles derivadas de enfermedades, disfunciones y trastornos psicológicos causados en mujeres. El objetivo del estudio es analizar la evidencia científica sobre la visión social de las mujeres sobre la violencia obstétrica y los hechos que provocan este tipo de violencia. Se basa en un estudio, en el que se hace énfasis en “Violencia Obstétrica”, “Laboral”, “Salud de la Mujer”, los “derechos fundamentales de la mujer”, entre ellos, el derecho a la vida, a la intimidad, a la seguridad, a la igualdad, a la libertad de pensamiento, el derecho a no ser sometido a tortura, entre otros”. y “Percepción Social”. Relata la insatisfacción de las puérperas momentos antes, durante o después del parto. Siendo las insatisfactorias, caracterizadas como faltas de respeto a la gestante, provocadas por profesionales de la salud, con poca o ninguna posibilidad de fuerza física o moral sobre el propio cuerpo, irrespeto a su rol social como madre, ofensas, sumisión al profesional de la salud, examen digital excesivo, aplicación no deseada de oxitocina, episiotomía, maniobra de *Kristeller*, cesárea no deseada, estas y muchas otras. Finalmente, el estudio revela la importancia de minimizar e incluso acabar definitivamente con prácticas nocivas para la salud de la gestante, debidamente practicadas por profesionales de la salud durante o después del ciclo gestacional puerperal.

Palabras clave: Violencia obstétrica; Nacimiento humanizado; Dignidad humana; Derecha.

1. Introdução

O presente projeto aborda temática relacionada a violência obstétrica como uma questão de saúde pública e a noção de direitos da mulher. A violência obstétrica, conforme expresso no artigo 2º da Lei 3.674/2020 consiste em atos praticados “[...] pela equipe multiprofissional do hospital, da maternidade e da unidade de saúde ou por um familiar ou acompanhante que ofenda de forma verbal ou física as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de estado puerperal”. (Tocantins, 2020).

A violência obstétrica foi reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 2014 através de uma declaração, sendo equiparada a uma violência dos direitos humanos fundamentais da mulher.

A violência obstétrica é uma modalidade específica de violência que consiste no dano causado a mulher ao longo da gestação, desde o acompanhamento pré-natal, passando pelo parto e o pós-parto (Costa, *et al.*, 2020; França, *et al.*, 2021). Os primeiros relatos da prática dessa violência, data do final do século XIX, quando o parto deixou de ser realizado em um ambiente doméstico e feminino, passando a incorporar a prática médica, que buscava alterar o processo natural do parto. Essa implementação da intervenção médica resultou no início da prática de vários tipos de violência obstétrica (Paiva, *et al.*, 2022).

Mesmo com o nome de violência obstétrica, não se enquadra nessa definição somente atos violentos contra a parturiente, englobando em sua definição ações como: impedimento da presença de acompanhante (Brasil, 2005); uso arbitrário da anestesia, desconsiderando-se os pedidos da mulher; imposição da cesariana (França, *et al.*, 2021). Assim como práticas explícitas de violência, tais como: manobra de *Kristeller* (pressão sobre a barriga da mulher para empurrar o bebê); amarrar a mulher durante o parto ou impedi-la de se movimentar; episiotomia (“pique” no parto vaginal) sem necessidade, sem anestesia ou sem informar à mulher (SES - MT, 2021). São inúmeros os tipos de violência cometidos contra a mulher gestante, podendo ser praticados por: Médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, obstetras ou qualquer outro profissional que preste em algum momento esse tipo de assistência pode ser autor da mencionada violência (SES - MT, 2021).

Os atos cometidos contra a mulher em seu estado mais vulnerável, além de uma prática deplorável é um total desrespeito e desvalorização de sua vontade e saúde. O momento do parto que deveria unicamente atender as necessidades da mãe e seu filho promovendo conforto e alegria, é tragicamente transgredido pela violência sofrida, colocando por vezes esse evento como um momento traumático.

Levando em consideração a temática aborda, que traz à baila a questão dos direitos da mulher e como são desconsiderados pelos hospitais, dando predileção a números e não a qualidade de atendimento, propiciando cabimento a vários questionamentos quanto a determinadas condutas. Averiguando a legislação brasileira é notável o déficit normativo relacionado ao tema, abrindo espaço para o questionamento que norteia essa pesquisa, a saber: como o não conhecimento de seus direitos fundamentais pode levar a gestante a sofrer violência obstétrica?

Relataremos que o presente projeto foi motivado por ser um assunto de relevante importância, sendo também uma temática de pesquisa que agrega conhecimento as parturientes quanto aos tipos de violência que inúmeras vezes não são reconhecidos, conforme ocorreu no momento da definição do tema ao analisarmos o que era considerado violência obstétrica e vimos que já havéramos presenciado.

O presente artigo tem como objetivo geral abordar a violência obstétrica e a violação dos direitos das parturientes. Apresentando os seguintes objetivos específicos: o parto ao logo da história e sua evolução; tipos de violência obstétrica; legislação específica; parto humanizado e a dignidade da pessoa humana.

2. Metodologia

A presente pesquisa possui modo de abordagem quali-quantitativa, em alguns casos, a um delineamento integrado que pode combinar dados qualitativos e quantitativos numa mesma investigação pode ser positivo, uma vez que as duas abordagens possuem aspectos fortes e fracos que se complementam (Chemin, 2015).

No que refere-se ao objetivo geral, é classificada como exploratória, uma vez que busca compreender o problema a ser investigado envolvendo revisão de literatura, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, entre outros métodos exploratórios que buscam sempre uma compreensão sobre as principais divergências que repercutem nos hospitais e legislativo (Chemin, 2015).

O procedimento técnico adotado foi o documental, o qual tem por base fontes que não receberam organização, tratamento analítico e publicação específica, como a pesquisa tem como fundo artigos, cartilhas informativas pertinentes ao tema, bem como diversas leis relacionadas. Essa técnica tem como principal vantagem a constituição de fontes ricas e estáveis de dados, tem baixo custo, não exige contato do pesquisador com os sujeitos da pesquisa (Chemin, 2015).

Tem como método adotado o indutivo, que parte da observação de um ou de alguns fenômenos particulares, bem como uma proposição mais geral é estabelecida sendo ela aplicada a outros fenômenos, assim a partir da observação de fatos e casos concretos, é buscada uma generalização; é possível usar amostragens para tentar inferir parâmetros e generalizações para uma população (Chemin, 2015).

Por fim, os métodos utilizados auxiliam para que haja um maior entendimento do tema abordado, sendo possível que a compreensão da problemática em tela, analisando como poderia ser assegurado maiores direitos para as mulheres, evitado por resultância a violência e garantindo atendimentos digno para elas.

3. Resultados e Discussão

3.1 A história do parto: introdução médica

O momento do parto historicamente, era um ritual onde era presenciado unicamente por mulheres, sendo um ato natural, comumente realizado nas casas das famílias com o acompanhamento de parteiras (Zanardo, *et al*, 2017). Por ser um evento natural, onde a intervenção humana possuía o intuito somente de auxiliar, muitos dos partos terminavam com o falecimento da mãe e do bebê, resultantes da falta de técnicas e equipamentos.

Consta em registros históricos que o parto natural tem evidências datando de 6 a 7 mil anos a.C. Em países como Índia, China e Japão, as posições mais populares no momento do parto eram as verticais: de pé, ajoelhada, sentada ou de cócoras (Machado, 1995).

A medicalização do parto teve seu início pronunciado entre os séculos XVI e XVII, quando visando o aumento populacional do Estado na Europa, retira a mulher do controle reprodutivo e passa a redefinir os saberes e práticas comuns discriminar parteiras e aprovando assim, leis e códigos que passaram a classificar práticas de contracepção, aborto, infanticídio e negligência com os bebês como “crimes reprodutivos” (França *et al.*, 2021).

O primeiro instrumento médico inventado para facilitar o momento do parto foi o fórceps, criado por Peter Chamberlen, no final do século XVI, o instrumento era encaixado na cabeça da criança e puxado até que fosse possível a sua retirada da mãe (Osava *et al.*, 1997). Com essa introdução que facilitou inúmeros partos e salvou diversas vidas de parturientes e bebês, as parteiras que originalmente detinham o conhecimento sobre os partos, foram perdendo espaço e sendo substituídas pelos médicos, que possuíam maior conhecimento de novas técnicas (Zanardo, *et al.*, 2017).

Com a utilização do fórceps, a cesárea logo passou a ser uma prática comum para que vidas fossem salvas. Na Antiguidade a cesárea era realizada somente após a morte da gestante, para que o feto fosse salvo, sendo os fetos que nasciam por meio dessa intervenção eram chamados de cessões ou césares. Há diversas suposições para a origem do nome “cesariana”, uma delas é de que originou-se do verbo latino *caedere*, que significa cortar (Parente, *et al.*, 2010).

A cesárea somente passou a ser uma prática obstétrica por volta do século XVIII, como era de grande risco, tanto para a gestante quanto para o feto, era usada raramente (Rezende, 2009). Em meados XIX surgiu a anestesia, retirada do clorofórmio que com sucesso serviu para aliviar a dor do parto. Inicialmente não foi aceito socialmente, somente ganhou o aval popular quando a Rainha Vitória utilizou no nascimento do Príncipe Leopold, em 1853 (Parente, *et al.*, 2010).

No Brasil, a primeira cesárea relatada na literatura, segundo alguns estudiosos, foi em 1855, no Rio de Janeiro e foi realizada por Luiz da Cunha Feijó. Apesar de ter nascido com vida, o recém-nascido faleceu dias depois por “comoção cerebral” seguida de “convulsões”. A segunda cesariana foi em 1862, também pelas mãos de Feijó, onde resultou no falecimento na gestante após o procedimento (Parente, *et al.*, 2010).

Com todas essas mudanças no âmbito obstétrico, o parto foi retirado do ambiente doméstico e passou a ser realizado em hospitais. Desse modo, a autonomia de fazer escolhas quanto a uma melhor posição de parir ou o melhor método, foi retirado da mulher, deixando-a condicionada à vontade dos médicos e muitas vezes não sendo dada a oportunidade de decidir o que preferia ou o que considerava melhor para si e seu filho.

Com os médicos entrando em cena, ficou decidido que a “melhor” posição para o parto era a horizontal, a qual proporcionava maior conforto para trabalhar e utilizar instrumentos. Quando realizado em casa, a gestante detinha total liberdade para decidir como parir e o que lhe proporcionava mais conforto.

Mesmo que a modernização tenha somado nesta área da medicina, possibilitando que um número incomensurável de vidas fosse salvo, ainda ocorreu a perda do ambiente em que a parturiente se sentia acolhida emocionalmente em um momento tão delicado, passando a contar somente com a presença dos profissionais de saúde.

3.2 A violência obstétrica no Brasil e o seu amparo legal

O reconhecimento do termo, teve seu início por meio dos movimentos feministas que buscavam assegurar direitos para a mulher gestante. Um de seus primeiros feitos foi o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, uma colaboração de movimentos feministas e Ministério da Saúde, que foi publicado em 1984, tinha como benefícios:

“[...] ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.” (Brasil, 2004).

Este foi um dos principais marcos na luta dos movimentos a favor de gestantes no Brasil. Contudo, apesar desta conquista, os direitos da parturiente eram um agrado, tendo maior reconhecimento nos anos 2000, quando o tema passou a ter relevância. No âmbito legal, como resultado de todo este alvoroço a favor dos direitos femininos, obteve como resultado a Lei 11.108/2005, que assegurava o direito da puérpera de ter 1 (um) acompanhante de sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme art. 19-J transcrito:

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

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

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.” (Brasil, 2005)

Como pioneiro no quesito de legislação própria para essa prática, está o estado de Santa Catarina, que em 2017 aprovou a Lei 17.097/2017, que traz a conceituação desse tipo de violência, como também elenca várias formas que podem ser praticadas por meio de ofensas físicas e verbais sofridas por gestantes, posteriormente essa lei foi revogada pela Lei 18.322/22. A Lei 17.097/2017, dispôs vinte e um incisos com hipóteses de violência, vale ressaltar que esses não são os únicos tipos. Como alguns dos mais identificados a lei discorre:

“Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado.” (Santa Catarina, 2017).

Mesmo sendo um dos primeiros a sancionar uma lei para esse tema, é perceptível que houve considerável lapso de tempo, para que se criasse uma legislação própria para esse tipo de violência. Nesse mesmo sentido, seguindo o Projeto de Lei 1.130/2017, proposto pela deputada Leci Brandão, com conteúdo semelhante a lei anterior, mesmo sendo de suma importância, encontra-se paralisada e sem sancionamento desde 2018, evidenciando o descaso com os direitos das gestantes (São Paulo, 2018).

É indubitável que após eficaz estímulo, foi empreendido um satisfatório movimento para que fosse criada uma legislação resguardando a mulher em estado puerperal de seus direitos. Visando também assegurar tais direitos o Distrito Federal, validou em 2018 a Lei 6.144/2018, que de forma eficiente e sucinta apresenta a definição de violência obstétrica, além de discorrer sobre como devem ser expostos cartazes informativos contendo as condições improprias no trato de gestantes (Distrito Federal, Lei 6.144/2018).

O estado do Tocantins, em 2018 sancionou a Lei 3.385/2018, que dispunha sobre medidas de informação e proteção a gestante e parturiente, consistindo na definição de violência obstétrica e listando condutas que enquadrassem ofensas verbal ou física. A mencionada lei foi revogada parcialmente pela Lei 3.674/2020, a qual trazia em seu corpo nova definição parafraseando artigos, oferecendo uma atualização na expressão (Tocantins, 2018/2020).

Com a maior demanda na busca por garantia nos direitos das parturientes, o estado de Minas Gerais, que no fim do ano de 2018 aprovou a Lei 23.175/2018 fazendo menção a atos já conhecidos, como também considerar violência obstétrica ações contra mulher em situação de aborto, manifestando que reconhece aquela que já não mais está gestando como uma possível vítima, nestes termos elencou o seguinte artigo:

“Art. 4º O profissional de saúde responsável pela assistência à mulher em situação de abortamento garantirá o sigilo das informações obtidas durante o atendimento, salvo para proteção da mulher e com o seu consentimento.” (Minas Gerais/2018).

Testemunhando a grande evidência de como o assunto estava tomando grandes proporções, o Ministério da Saúde somente reconheceu a utilização do termo “violência obstétrica” em 2019, depois que ocorreu uma solicitação de posicionamento de sua parte, por meio do Ofício nº 017/2019, no qual deixou claro que o termo tem conotação inadequada, tendo em conta que tanto o profissional da saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano a parturiente (Brasil, 2019).

Cabe adento, o fato que o Ministério da Saúde não ter concebido uma definição própria e ter no decorrer do texto legal, deixado claro que considera o termo violência obstétrica inadequado, por fazer uma ligação direta como sendo uma responsabilidade do profissional da saúde. Ainda em resposta a solicitação, esclarece que a designação da expressão não agrega valor, tomando o posicionamento que as: “*estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada*” (Brasil, 2019).

Em referência as leis municipais, um dos primeiros, se não o primeiro a instaurar uma legislação sobre a temática, foi o município de Diadema-SP, que publicou a Lei Municipal Nº 3.363/2013, onde em suma dispõe uma definição e uma forma de identificar um possível caso de violência obstétrica, além de parâmetros básicos para repassar essas informações através de cartazes e do fornecimento da própria lei em unidades de saúde (Diadema-SP, 2013).

Atualmente, não há nenhuma legislação federal ou projeto de lei que discorra sobre o teor tratado acima elucidado. O que evidencia a falta de relevância do tema violência obstétrica, para o poder legislativo brasileiro. Para que haja um engajamento social é necessária a tomada de medidas efetiva ao seu combate, objetivando a punição de infratores e acautelando a esfera social sobre o que acarreta o mau acompanhamento médico.

3.3 Tipos de violência obstétrica e a vulnerabilidade da mulher no momento do parto

A violência obstétrica é definida como uma apropriação do corpo feminino onde há o controle dos processos reprodutivos por parte dos profissionais da saúde (OMS, 2014), desrespeitando sua autonomia e corpo, por meio de práticas e procedimentos desnecessários. A prática da violência não relaciona-se unicamente de atos físicos e sexuais, mas concerne também na ação de: “xingamentos, humilhações, comentários constrangedores em razão da cor, da raça, da etnia, da religião, da orientação sexual, da idade, da classe social, do número de filhos etc.” (SES - MT, 2021).

Por ser cometido por profissionais que são capacitados, incontáveis vezes a violência passa despercebida pela gestante, ocorrendo por meio da indução a uma cesariana desnecessária, por não causa “dor” e ser rápida, não informando que essa cirurgia feita de forma eletiva, pode prejudicar o bebê e colocar a própria gestante em risco, podendo ser acometida de uma infecção.

Existe uma vasta gama de tipos de violência obstétrica, contudo vale ressaltar as intervenções e procedimentos mais evasivos que são realizados na mulher em estado puerperal, lista-se:

Episiotomia ou pique: incisão de 5 a 6 cm, realizada na região do períneo (entre a vagina e o ânus) da mulher, tem o objetivo de aumentar o canal de parto e facilitar a passagem do bebê (Rohde, 2016).

Ponto do ‘marido’ (husband’s stitch): após a episiotomia é necessária sutura (episiorrafia), nesse momento era feito “um ponto a mais”, com o objetivo de deixar a vagina mais apertada, oferecendo assim, mais prazer ao parceiro durante o sexo. O ponto é contraindicado por causar dores no ato sexual (Rohde, 2016).

Manobra de kristeller: pressão feita na barriga da parturiente, feita com mãos e os braços, empurrando o fundo do útero para que o bebê seja expelido (Rohde, 2016). Além de poder causar danos permanente a mãe e ao recém-nascido, tendo em conta que não há comprovação médica de sua eficiência.

Toques vaginais: realizado por profissionais de saúde, com o objetivo de avaliar o estágio da dilatação do colo do útero e conferir o processo de parto (Rohde, 2016).

Imobilização física: utilizada para manter a mulher em uma posição que facilite o trabalho da equipe de parto, mesmo que seja dolorosa, desconfortável e que limite sua autonomia (Martins, *et al*, 2019).

A não informatização da gestante a torna vulnerável e suscetível a violência, transformando-a em uma ação natural e frequente nos hospitais (Martins, *et al*, 2019). Por estar em uma condição limitante e de fragilidade, em alguns casos não consciente de seu entorno, é fácil conseguir sua autorização para algo que em seu estado normal, não consentiria.

O parto por ser uma experiência única na vida da mulher, a coloca em uma posição acometível de violência, estando ela e seu bebê a mercê da vontade médica, por não ter recebido as informações pertinentes ao processo de parição, a faz concordar com medidas que podem prejudicar sua saúde de forma permanente.

A vulnerabilidade da mulher e de seu filho na sala de parto é marcada por sua delimitação de autonomia individual, a tornando suscetível a problemas e danos a sua saúde. (Lage, 2020; Wachira, 2014). Desse modo, os resultados desses momentos podem causar sérios danos as parturientes, uma vez que não possuía controle total do que era feito consigo e com seu filho.

3.4 Parto humanizado e a dignidade da pessoa humana

Um parto feito de forma humanizada é realizado sem intervenção médica, salvo em casos de necessidade, ou sem o uso de medicamentos que induzores (Monteiro, 2017). O parto humanizado é realizado geralmente nas casas das parturientes ou em um ambiente de sua escolha, é acompanhada de pessoas que tornam o momento confortável e acolhedor, tudo o que é feito é por vontade da mulher, no seu tempo, ela é a protagonista de seu parto e toma as decisões que considerar melhor.

Esse momento é acompanhado, não por médicos ou enfermeiras, mas sim por doulas, que auxiliam a mulher nesse momento, contudo não interferem no curso natural do parto, são um apoio que trás conhecimento e conforto à mulher. O termo doula tem origem grega e significa “mulher que serve”, é usado para definir mulheres que não possuem experiência técnica na área da saúde, dando suporte físico e emocional às parturientes durante o processo de gestação, no trabalho de parto e no parto e, muitas vezes, na amamentação (Barreira, 2021).

Assim, o parto humanizado além de ser feito de forma natural é recomendado por não trazer danos a parturiente ou ao bebê. Contudo, no Brasil é pequeno o grupo de mulher que optam por esse tipo de parto, por considerar doloroso ou por não ser “capaz” de partir sem intervenção médica.

No Brasil há a naturalização das cesarianas por ser de mais fácil acesso e ser mais encorajada por médicos e populares, é grande o número das feitas de maneira desnecessária. Trazendo a questão da valorização da dignidade da parturiente, por vezes a realização dessas cirurgias e o modo como são feitas sem necessidade, prejudicam sua saúde de forma permanente.

A Constituição Federal/1988, traz em sua redação o que constitui como direito social, dentre eles o direito a saúde e a proteção a maternidade. Com foco na proteção a maternidade é importante trazer à baila que a violência obstétrica transgride a dignidade humana e viola o direito ao parto humanizado de forma atroz, em casos mais graves provocar transtornos emocionais e lesões físicas na mãe, colocando o recém-nascido em risco.

Visando uma maior proteção e garantia as parturientes o Ministério da Saúde, no ano de 2000, publicou a Portaria nº 569/2000, que em sua redação considerava ademais a necessidade de prosseguir estimulando e aprimorando o sistema de assistência à saúde da gestante quando levou em consideração diversos outros fatores. Na portaria o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que estabeleceu princípios e diretrizes para a estruturação do programa, dentre eles assegurava o direito a gestante de conceber por meio de parto humanizado:

“Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal

e Nascimento:

d – toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e – todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.” (Brasil, 2000).

Desse modo o Ministério da Saúde, mesmo que não exista lei garantindo esse direito, deixa implícito por meio da portaria que toda gestante tem direito ao parto humanizado. E como uma forma de resguardar esse direito e não deixar a parturiente somente com uma equipe média em um momento tão delicado, foi sancionada a Lei 11.108/2005, que em sua redação garante a gestante o direito a um acompanhante de sua escolha, sendo o SUS – Sistema Único de Saúde, obrigado a permitir sua presença durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Por outro lado, a dignidade da pessoa humana, constitui o direito de que toda pessoa tenha sua dignidade preservada, ao citar a violência obstétrica e seus atos tipificadores, fica claro que tal princípio não foi respeitado, considerando como uma parturiente pode vir a ser tratada durante sua estadia em uma unidade hospitalar. Como uma forma de compreender o que está sendo transgredido vale arrazoar de definição trazida pelo jurista Ingo Wolfgang Sarlet, que tem por dignidade da pessoa humana:

“[...] a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.” (Sarlet, 2001).

Por meio dessa definição, resta cristalino que a respeito da temática trabalhada, o princípio da dignidade da pessoa humana está sendo violado, uma vez que atos como recriminar a parturiente por qualquer comportamento, como gritar, chorar, ter medo, assim como por característica ou ato físico, como, por exemplo, obesidade, estrias, evacuação e outros, tem caráter degradante, do mesmo modo que recusar atendimento à gestante em trabalho de parto, em estado de emergência médica é desumano. Atos como estes, são tratados de forma corriqueira em ambientes hospitalares, interferindo no direito à saúde e a maternidade, assim como também infringe o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde diz: “Artigo 1º. Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.” (Assembleia Geral da ONU, 1948).

Desta maneira, é indubitável que no âmbito brasileiro, no que refere-se a violência obstétrica, a uma grande transgressão do direito ao parto humanizado, como também há a violação da dignidade da pessoa humana, fazendo lembrar a falta de uma legislação que resguarde tudo isso a parturiente.

4. Considerações Finais

A violência obstétrica é resultado da não percepção de estar sofrendo uma espécie de abuso, seja por falta de conhecimento do que é considerado violência, quando da não compreensão de que a algumas práticas realizadas com a parturiente é um tipo de violência obstétrica.

Desse modo, é nítido que o a violência obstétrica é resultante da falta de informação dos direitos da gestante e dos deveres dos médicos, seja quanto aos meios médicos utilizados ou do que não é recomendado por apresentar maior risco a sua integridade física.

No Brasil há um grande déficit legislativo federal, quanto ao que é considerado violência obstétrica e previsão de sanções punitivas a quem pratica esse crime. A normatização atualmente está ao encargo dos próprios estados e municípios, não havendo uma lei que os auxilie. Mesmo que a OMS e o Ministério da Saúde reconheçam o termo e a gravidade da prática da

violência obstétrica, nada foi feito para que seja refreada o seu aumento significativo no país. Com isso, a violência obstétrica é o resultado claro da falta de informação a gestante e da inércia do Estado no caráter punitivo de sua prática.

Referências

- Assembleia Geral da ONU. (1948). "Declaração Universal dos Direitos Humanos" (217 [III] A). Paris. <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
- Barrera, D. C. & Moretti-Pires, R. O. (2021). *Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas*. *Revista Estudos Feministas*. 29(1), e62136. <https://www.scielo.br/j/ref/a/TqbrVSjWhzZ7Bb5hJWjRDxf/>.
- Brasil. (2005). Lei 11.108 de 7 de abril de 2005. *O subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2005/lei/111108.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.&text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Despacho, de 03 de maio de 2019. Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe98dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde, *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. 1 ed. Ministério da Saúde: Brasília- DF: Editora MS. 82 p. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde, *Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000*. Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
- Brasil. (2005). *Lei nº 11.108 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.&text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208080,Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.
- Brasil. (2005) *Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005*. O subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2005/lei/111108.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.&text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. p.80. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.
- Chemin, B. F. (2015). *Manual da Univates para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação*. 3ed. Lajeado: Univates
- Distrito Federal. (2018). Lei 6.144 de 07 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_06_2018.html.
- França, R. L. de; & Tempestai, G. A. (2021). *Nomeando o inominável: a problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica*. *SciELO*, Porto Alegre, p. 257-290, dez. 2021. <https://www.scielo.br/j/ha/a/xXgJFBTzkvX8J57PcxvBgpK/?lang=pt#:~:text=Trata%2Dse%20de%20uma%20atua%C3%A7%C3%A3o,viol%C3%Aancia%2C%20a%20qual%20atinge%20diferencialmente>.
- Lage, L. R.; Cal, D.; & Silva, B. T. V. (2019). *Corpo e poder: as condições de vulnerabilidade da mulher mãe no debate midiático sobre o parto*. *SciELO*, São Paulo, 1-25, 24 <https://www.scielo.br/j/cpa/a/MVTRYnBjkzVRd3yCVLgz5kx/?lang=pt>.
- Machado, E. G. C. (1995). *Gestação, parto e maternidade: uma visão holística*. *Quantun*: 1995. p. 244.
- Martins, F. L. et al. (2019). *Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico*. *Saúde em Foco*, Teresinha, v. 11, p. 413-423, 2019. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIAOBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf.
- Mato Grosso do Sul. (2021). Secretaria de Estado e Saúde. (org.). *Violência obstétrica*. Mato Grosso do Sul. https://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf.
- Minas Gerais. (2018). *Lei 23.175 de 21 dezembro de 2018*. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20garantia%20de,na%20assist%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%20no%20Estado>.
- Monteiro, M. C. M.; Holanda, V. R.; & Melo, G.P. (2020). *Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers*. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Minas Gerais, 1-10. <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1885>.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. *Genebra: WHO*, 2014. <https://bit.ly/30YT6za>.

- Osava, R. H.; & Tanaka, A. C. D. (1997). *Os Paradigmas da Enfermagem Obstétrica. Escola de Enfermagem Universidade - SP*. 31(1), 96-108. <https://www.scielo.br/j/reusp/a/xqCsxHMprqzLMLJg4wT4zqL/abstract/?lang=pt>.
- Paiva, A. M. G. et al. (2022). *Representações sociais da violência obstétrica para puérperas e profissionais da saúde: análise fatorial de correspondência*. Curitiba- PR: *Cogitare Enfermagem*, 12. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/75198>.
- Parente, R. C. M. et al. (2010). *A história do nascimento (parte 1): cesariana*. *Femina*, 38(9), 482-486, set. 2010. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>.
- Rezende, J. M. (2009). *A primeira operação cesariana em parturiente viva: a primeira operação cesariana em parturiente viva*. *Unifesp*, 171-172. <https://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-19.pdf>.
- Rohde, A. M. B. (2016). *A Outra Dor do Parto: gênero, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto*. *SciELO*, 1-106. <https://www.scielo.br/j/cpa/a/MVTRYnBjkzVRd3yCVLgz5kx/?lang=pt>.
- Santa Catarina. (2017). *Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. REVOGADA. http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html#:~:text=Obst%C3%A9trica%20e%20Neonatal,Art.,%2C%20ainda%2C%20no%20per%C3%ADo%20puerp%C3%A9rio.
- Santa Catarina. (2022). *Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022*. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html.
- Sarlet, I. W. (2001). *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. (2a ed.), *Livraria do Advogado*.
- Tocantins. (2020). *Lei 3.674 de 26 de maio de 2020*. Altera a Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=396083>.
- Vendroscolo, C. T. et al. (2015). *A História do Parto: do Domicílio do Hospital: das parteiras ao médico; de sujeito a objeto*. *Disciplinarum Scientia*, 16(1), 95-107. visão holística. *Editora Aurora*, 1995 p.244.
- Wachira, V. K. (2014). *Direitos reprodutivos e vulnerabilidades obstétricas: reflexão de literatura*. 2014. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem), *Universidade de Brasília*, Brasília, 2014. 1-17. https://bdm.unb.br/bitstream/10483/13552/1/2014_VirginiaKagureWachira.pdf.
- Zanardo, G. L. P. et al. (2017). *Violência Obstétrica no Brasil: uma Revisão Narrativa*. *Psicologia & Sociedade*, 1-11, 2017. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9FyWHNN/abstract/?lang=pt>.