



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

DIRETORAS

Ana Carolina Isidório

Ana Carolina Rocha

Gabriela Félix

Julia Matos



Sumário

1. Introdução.....	3
2. Conselho Nacional de Saúde	4
3. Histórico da Obstetrícia: Panorama Geral	6
4. Violência Obstétrica.....	10
4.1 Caracterização e definição legal	10
4.2 Procedimentos relacionados	13
4.2.1 Agressões verbais, físicas ou psicológicas e negligência.....	13
4.2.2 Episiotomia e “ponto do marido”	14
4.2.3 Manobra Kristeller.....	15
4.2.4 Uso inadequado ou desnecessário de fórceps	16
4.2.5 Impedimento da presença de acompanhante	16
4.3 Grupos fragilizados	18
4.3.1 Mulheres negras	18
4.3.2 Mulheres indígenas.....	20
4.3.3 Mulheres privadas de liberdade	20
4.3.4 Mulheres jovens ou adolescentes.....	21
4.3.5 Mulheres que sofreram de aborto	22
5. Medidas adotadas para a diminuição do quadro de violência obstétrica no Brasil	22
5.1 Políticas de assistência governamentais.....	23
5.2 Parto humanizado	23
6. Perguntas a serem respondidas.....	27
Referências	28

1. Introdução

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil são realizados, anualmente, cerca de 2,87 milhões de partos. O momento do nascimento é um marco na vida de todo ser humano e de sua família e, desta forma, cabe considerar que os cuidados pré-natal, durante o parto e pós-parto são decisivos para a construção de vínculos afetivos entre mães e filhos, além de serem de extrema importância para a saúde e bem-estar de ambos.

Entretanto, na atual conjuntura, gerar e dar a luz à uma criança tornou-se um ato permeado de possíveis violações aos direitos humanos, graças à crescente patologização e medicalização de um processo fisiológico tão primordial. Isso é causado, dentre outros fatores, pela despersonalização da medicina; fato que tem retirado a autonomia da mulher durante o processo, tornando-o invasivo, agressivo e mecanizado.

Deve ser assegurado a toda parturiente um acompanhamento humanizado, qualificado e que respeite seu corpo e integridade física e psicológica, para que o momento do parto seja tranquilo, saudável e seguro. A liberdade de posição e movimento, de livre escolha do acompanhante, resguardo de privacidade e de ser bem orientada e tratada (farmacologicamente ou não), são exemplos de direitos nem sempre são respeitados. Quando ocorre a violação dos tais, configura-se a violência obstétrica. De acordo com uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, publicada em 2010, no Brasil, uma a cada quatro mulheres foi vítima de violência obstétrica durante o parto, puerpério ou procedimentos que antecedem o nascimento.

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Saúde se reunirá com o objetivo de ampliar as discussões sobre o tema em questão, de maneira a enfatizar a necessidade de promover a humanização da assistência ao parto. Portanto, serão discutidas as medidas já existentes, além de como estender a proteção à gestante e quais as medidas a serem tomadas para a melhora no tratamento obstétrico no país.

2. Conselho Nacional de Saúde

Criado em 1937, o Conselho Nacional de Saúde trata-se de um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço área da saúde, além de porta-vozes do governo. Este tem como missão a instância máxima de deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde no Brasil. É também da competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde, assim como acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao Pleno do CNS a responsabilidade de aprovar, a cada quatro anos, o Plano Nacional de Saúde.

Além disso, vale ressaltar que o conselho manifesta oficialmente as suas deliberações por meio de resoluções, recomendações e moções. A estrutura do Conselho é organizada basicamente em: Plenário, Mesa Diretora, Presidência, Comissões, Grupos de Trabalho e Secretaria-Executiva. Em primeiro plano, destaca-se o Plenário, o qual trata-se do fórum de deliberação conclusiva composto pelos representantes de usuários, governo e prestadores da área da saúde e profissionais de saúde. As reuniões ocorrem de forma ordinária doze vezes por ano, uma vez por mês, ou por convocação extraordinária requerida pelo Presidente do CNS ou por deliberação do Plenário. Já à Mesa Diretora, cabe a responsabilidade por toda a condução dos processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo Plenário.

Em segundo plano, cabe considerar as Comissões, que são organismos de assessoria ao Plenário do CNS e tem como função resgatar e reiterar os princípios do SUS e do Controle Social. Ademais, buscam fornecer subsídios de discussão ao Plenário para a deliberação sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde. As comissões podem ser compostas por Conselheiros Nacionais e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, outros Ministérios, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de Entidades e Movimentos Nacionais, de acordo com as necessidades e especificidades. Vale destacar a existência da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), a qual é de interesse para o tema a

ser discutido no comitê, tendo em vista, principalmente, o compromisso de garantir uma política de saúde para as mulheres que respeite os direitos humanos, direitos sexuais, direitos reprodutivos e sua autonomia como cidadãs.

Nesse contexto, cabe situar, de maneira sucinta, o fluxo de trabalho do Conselho: são direcionadas as pautas temáticas de interesse público às comissões do conselho, estas devem discutir e formular as estratégias para combater a situação problema. Em seguida, essas estratégias são avaliadas durante a sessão plenária, na qual será decidido, por meio de votação, se a resolução, moção ou recomendação será aceita. Ressalta-se, ainda, que existe a possibilidade de os integrantes da comissão também serem votantes no Plenário. Dessa forma, o comitê ocorrerá seguindo essa lógica de estabelecimento de uma comissão de discussão com a finalidade de que, aproximando-se do término das últimas sessões, seja possível dar início a uma sessão plenária para aprovação de documento, que aponte quais medidas serão estabelecidas acerca da temática em questão.

3. Histórico da Obstetrícia: Panorama Geral

Segundo Sedano (2014), por se tratar de algo comum e essencial, a obstetrícia provavelmente é tão antiga quanto a humanidade. Nos primórdios da civilização, o parto era tido como algo individual e solitário, sendo um momento apenas da mulher, que deveria se manter afastada da sociedade durante o procedimento, entretanto o processo obtinha diferentes faces de acordo com cada região e época.

No Egito antigo (6000-1200 a.C.), surgiu o Papiro de Ebers (1550 a.C.) - um dos tratados médicos mais antigos e importantes que se conhece - que continha diversas informações sobre como eram realizados diversos procedimentos médicos com as mulheres, e foi fonte importante para a análise desse período. Era comum que apenas mulheres estivessem presentes nos trabalhos de parto, que eram realizados no chão ou em tijolos. Utilizavam-se estimulantes naturais como, sal, cebola, óleo, hortelã-pimenta, entre outros.

Mais adiante, em 400 a.C na Grécia e Roma antiga, começou-se a estudar a anatomia dos homens e animais com base de medicina científica. Foi nesse período que se tornou comum ações médicas com o intuito de auxiliar a saída do bebê, com o uso de pinças, ganchos e facas, assim como eram utilizadas na Índia no período de 400-1700 a.C e que mais tarde originaram o parto por fórceps.

Essas e outras análises sobre antigas civilizações são importantes para entender o surgimento de práticas utilizadas até hoje nos partos e para notar as semelhanças e diferenças entre a concepção do ato de parir desde que este foi notado na história. Desde a Idade Média até meados do século XIX, o parto era regido exclusivamente por mulheres, e, portanto, existiam as parteiras que, por compartilharem da mesma classe, mesmas tradições e valores da parturiente, tinham uma relação mais íntima antes, durante e depois do processo. (MARTINS, 2004). A obstetrícia manteve-se assim até o surgimento do parto como conhecemos hoje, marcando a mudança do parto de um ato pautado pela tradição à um processo cirúrgico. Sobretudo na Europa nesse período, o nascimento tornou-se um procedimento controlado por homens da ciência e as parteiras, que antes eram as responsáveis pela assistência ao parto, começaram

a ser contestadas, visto que o conhecimento que detinham não era baseado em estudos método-científicos. Eram chamadas de sujas, supersticiosas e sem saber, dessa forma, os cirurgiões-parteiros tiveram sua profissão legitimada, rompendo com a tradição e influenciando na retirada dessas mulheres nos momentos de parto. Em sua maioria, os documentos históricos que se relacionam com a obstetrícia não trazem detalhes sobre a atuação das mulheres parteiras, ou comadres — parteiras que atuavam majoritariamente no atendimento às mulheres pobres — visto que, no início dos estudos sobre o tema pela medicina, seus conhecimentos foram desqualificados. (BARRETTO, 2007)

Martins (2004) relata que a partir do século XVII o controle das parteiras começou a ser exercido pelos médicos, o que fez com que houvesse a maior valorização da cirurgia e, nesse contexto, foram criados manuais que fizeram com que as parteiras se tornassem divulgadoras dos saberes médicos. Entretanto, ainda perduraram-se os conflitos entre as duas classes, principalmente no que diz respeito à clientela. Apesar das divergências, muitos homens e mulheres ainda defendiam o serviço das parteiras por não confiarem plenamente nos médicos, visto que, para eles, em especial os maridos, a presença de homens no trabalho de parto significava a invasão ao pudor da parturiente.

O fator que marcou a entrada dos médicos para tratar da obstetrícia foi a inserção de artefatos para auxiliar durante o ato de parturição, como o fórceps - instrumento semelhante a um alicate, utilizado no auxílio da saída do bebê.

A invenção de instrumentos obstétricos como o fórceps deu-se paralelamente à entrada dos cirurgiões na cena do parto. O fórceps foi criado no século XVII pelos cirurgiões da família Chamberlen, na Inglaterra, e posteriormente aperfeiçoado por cirurgiões franceses e pelo inglês Smellie [...]. Embora fosse um invento importante na resolução de partos muito demorados, podia causar muito sofrimento para a mulher e mutilar a criança. O uso do fórceps em mãos inexperientes começou a gerar uma série de relatos de acidentes e alguns cirurgiões se opuseram ao uso frequente deste e de outros instrumentos. (MARTINS, 2004 pg. 77)

Ainda que houvesse críticas sobre o uso do fórceps e dos demais instrumentos, os estudantes de medicina se tornaram um símbolo do Século das Luzes, e representavam a Ciência com o uso suas ferramentas, conhecimentos e tratados da obstetrícia. Os médicos então se tornaram especialistas do parto, do puerpério - período que decorre desde o parto até que o estado geral da

mulher volte às condições anteriores à gestação -, da saúde da mulher e das doenças dos recém nascidos. No final do século XIX, os estudos do corpo humano feminino foram aprimorados, entretanto esse processo de mudança para tornar o evento biológico controlável fez com que o parto se afastasse da esfera do feminino, sendo vinculado fortemente à patologia, dotado de riscos o que trouxe ao processo uma face tecnocrática (ZANARDO, et al., 2017). O parto foi transferido ao ambiente hospitalar a partir dessa época, e o processo foi intensificado no século XX. Como retrata Pasche et. al (2010) em Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado,

A entrada das ciências médicas e o sequestro destes eventos para as instituições médicas se, de um lado, colocaram o parto e nascimento no campo das regularidades, diminuindo incertezas, de outro lado, os afastaram da vida cotidiana, os retiraram do ambiente familiar, determinando perda importante de participação e autonomia da mulher e da família. E mais que isto, eventos da vida passaram de imediato a campo prático e simbólico das práticas médicas, produzindo como efeito a presença sempre necessária, imperiosa e insubstituível dos agentes técnicos, sobretudo médicos. O parto e nascimento, então uma experiência vivida na intimidade dos laços familiares, fundamentais para a construção subjetiva da maternidade e paternidade, pertencem agora às instituições médicas e seus agentes. (PASCHE et al., 2010)

Nesse sentido, houve o aumento da medicalização do parto com o decorrer do tempo, juntamente à utilização de práticas desnecessárias e inadequadas que tinham como objetivo tornar a assistência ao parto com melhor qualidade, porém desconsiderando os riscos trazidos à mãe e ao bebê (Diniz & Chacham, 2006). Com base em uma concepção higienista, o modelo era centrado apenas no papel do médico, sendo ele superior ao corpo feminino no processo que deveria ser liderado pela própria mulher. Dessa forma, o parteiro sai do papel de facilitador da parturição e se apropria do momento, tornando-se o protagonista, e a mulher passa a ocupar uma posição frágil, submetendo-se às tecnologias danosas que fizeram com que o parto se tornasse um momento de medo e violência (PASCHE et al., 2010).

Com o tempo, houve a necessidade de discutir e propor mudanças para esse modelo, e sendo assim, em 1980 surgiu o movimento social pela humanização do parto e do nascimento. No contexto brasileiro, esse período foi marcante para o surgimento de organizações não governamentais e redes de movimentos contra o modelo de parto existente, como a Rehuna (Rede de

Humanização do Parto e do Nascimento). O movimento teve como base a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1985, que defende o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. O movimento, além de voltar com a concepção do parto e do nascimento como eventos fisiológicos e naturais, trouxe o empoderamento das mulheres retomando os conhecimentos femininos que tinham sido desconsiderados na história. (Tornquist, 2002).

Iniciada com o objetivo de garantir um parto agradável, saudável e isento de violência das mais variadas formas para todas as mulheres, a mobilização iniciou-se na década de 80 e perdura até os dias de hoje. Segundo Diniz & Chamcham, no Brasil, a humanização do parto é definida pelo respeito e garantia dos direitos e segurança da mãe e da criança, com uma assistência pautada por evidências. Entretanto, apesar das iniciativas nacionais existentes, ainda é lenta a inserção da Medicina Baseada em Evidências, principalmente no âmbito de ensino.

A incorporação dessas mudanças nos países da América Latina tem sido lenta e encontrado grande resistência, inclusive por parte das instituições de ensino. Na maioria das escolas de medicina do Brasil, os profissionais de saúde ainda aprendem o modelo intervencionista. Habilidades cirúrgicas e sofisticados exames patológicos são bastante valorizados, enquanto cuidados focados na mulher para um parto normal e a comunicação e interação com a parturiente recebem comparativamente pouca atenção. (Diniz & Chamcham, 2006 pg. 81)

Cabe ressaltar que as práticas de violência vão além do momento do parto propriamente dito, e representam uma grave violação dos direitos humanos e dos direitos das mulheres. A luta das mulheres por um parto íntimo e voltado para o seu papel de protagonista ainda é árdua e, apesar dos passos que já foram dados, a estrada a ser trilhada ainda é tortuosa.

4. Violência Obstétrica

4.1 Caracterização e definição legal

A vida das mulheres em todo mundo é marcada pela luta por direitos e pelo combate às diversas formas de violência as quais são, cotidianamente, submetidas. Nesse sentido, sabe-se que, desde a década de 80, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, em aliança com uma parcela do movimento feminista, vêm se mobilizando com objetivo de promover discussões acerca da violência obstétrica. Contudo, vale destacar que apenas no início do novo milênio a questão passou a ser objeto de investigação no país.

Embora essa realidade seja muitas vezes invisibilizada, a Organização Mundial da Saúde, por meio uma de declaração emitida em 2014, reconhece as práticas de abuso, desrespeito, maus-tratos e desumanização durante o parto nas instituições de saúde por todo mundo, as quais podem ser exercidas tanto por médicos obstetras quanto por enfermeiros, técnicos em enfermagem e profissionais da administração hospitalar. Conforme explicitado por Zanardo et al (2017), na literatura existem diversas definições para o termo “violência obstétrica”:

D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) definem a violência contra mulheres nas instituições de saúde e discutem em maior detalhe sobre quatro tipos de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Outros autores (Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008) definem a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Incluem condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários. (ZANARDO et al, 2017, pg. 5)

Já de acordo com a OMS (2014), a violência no parto é caracterizada por atos como a violência física, psicológica, sexual, abuso verbal, omissão de atendimento, falta de confidencialidade, violação à privacidade, restrição alimentar e de ingestão de líquido para mulheres de baixo risco, proibição da presença de acompanhante, administração de medicamentos em excesso ou recusa da utilização destes quando demandados. Além disso, intervenções não

baseadas em evidências científicas, desnecessárias, em desuso em razão do risco à saúde tanto da mulher quanto do bebê ou até mesmo sem que haja consentimento da paciente também são caracterizadas como violência.

Portanto, trata-se de um grave descumprimento das diretrizes contidas na Declaração Universal de Direitos Humanos — sobretudo tendo em vista o artigo 5º: *“Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.”* — e configura um obstáculo para a garantia da saúde reprodutiva e autonomia das mulheres. Ademais, a violência obstétrica representa um desafio para a prática das premissas propostas pelo 96º artigo da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, acordada em 1995 pela Conferência Mundial sobre as Mulheres em Pequim: “Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência”.

No Brasil, a situação é alarmante: a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, mostrou que uma em cada quatro mulheres que deram à luz sofreram algum tipo de violência durante o parto, tendo em vista tanto as instituições de saúde públicas quanto privadas. A pesquisa Nascer no Brasil (2014) concluiu que, em geral, as mulheres brasileiras e seus filhos de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento.

As mulheres nível social mais elevado sofrem maior número de intervenções obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz a um grande número de bebês com menos de 39 semanas, perdendo assim as vantagens advindas da sua situação social. As mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos, e demonstram menos satisfação com a atenção recebida. O Brasil tem os piores indicadores perinatais e de condições de saúde em geral, indicando a baixa efetividade modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante nos serviços públicos e privados do país.

Por fim, o estudo também destaca que a depressão materna – detectada no estudo em cerca de 26% das mulheres participantes após 6 a 18 meses do

parto – pode ser associada à satisfação com o atendimento prestado à mãe e ao bebê durante a internação para o parto e após o nascimento. Outras questões que também podem ser relacionadas à violência obstétrica são: a alta mortalidade materna e o grande número de cesáreas que ocorrem no Brasil.

Embora as razões das elevadas taxas de mortalidade sejam as mais variadas, cabe considerar que a negligência e procedimentos desnecessários podem afetar significativamente a saúde materna e contribuir para esse quadro. Já acerca das cesarianas, vale destacar que a adoção desse tipo de parto sem que haja indicação clínica, isto é, apenas por conveniência do profissional envolvido, principalmente no que diz respeito à marcação de horários, à data e ao valor atribuído a esse procedimento, também configura negação dos direitos da mulher, pois resulta na apropriação de sua autonomia.

Consoante a Garcia et al (2013), infere-se também que muitas mulheres acabam por aceitar diversas situações incômodas e degradantes, devido a falta de informação a respeito dos processos que permeiam o trabalho de parto. Algumas destas relacionam um bom parto com um processo breve e ter um bebê sadio, o que poderia contribuir para que elas não percebam que estão sendo violentadas, aceitando algumas intervenções tidas como rotineiras para poder conhecer seus filhos rapidamente. Além disso, a alegria e a realização propiciados pelo momento e a sensação de tudo ter corrido bem, sem maiores intercorrências, diluem a percepção da violência sofrida no atendimento de saúde. Logo, afirma-se que existem mulheres que podem ter sido vítimas, mas devido ao contato com informações distorcidas sobre a dinâmica da concepção, conformaram-se com os eventos ocorridos. Essa banalização da violência obstétrica também favorece a cultura do medo do parto, sobretudo do parto normal, de modo que as cesarianas tornam-se a “melhor opção” para muitas mulheres.

Cabe considerar também, de acordo com Lima (2016), a relação existente entre a violência obstétrica e a violência de gênero. Destaca-se também que não é apenas uma consequência de um modelo de assistência médica mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada, mas sim algo que está intrínseco a esta, dado que os profissionais apresentam, muitas vezes, tais atitudes em função de um pensamento ainda muito presente na coletividade de subordinação e apropriação do corpo feminino.

“A violência obstétrica se localiza entre a violência institucional e a violência de gênero, na medida em que é praticada nos e pelos serviços de saúde, por ação e omissão, e dirigida à mulher, afetando sua integridade física e emocional, acentuando a naturalização da sua subordinação na sociedade. Assim, compreende-se que a violência obstétrica não é consequência de um modelo biomédico, mecanicista e hegemônico, mas constitutivo dele.” (LIMA, 2016, pg. 20)

Outrossim, diversos países pelo mundo como a Venezuela, Argentina e México já tipificam a violência obstétrica, enquanto no caso brasileiro ainda não existem leis de âmbito nacional que especifiquem ou criminalizem tal situação. Cabe considerar, no entanto, que alguns estados brasileiros como Minas Gerais e Santa Catarina já apresentam legislação estadual as quais dispõe de medidas de combate a essas práticas. Ademais, ressalta-se a existência de resoluções e leis que, embora não abordem diretamente o assunto, ainda são de relevância para o enfrentamento de atitudes abusivas como a Lei do Acompanhante, a qual determina que a paciente tem direito a acompanhante durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto.

4.2 Procedimentos relacionados

4.2.1 Agressões verbais, físicas ou psicológicas e negligência

De acordo com o dossiê da Universidade Federal do Rio Grande do Sul intitulado “As faces da violência obstétrica”, a agressão verbal na hora do parto inclui comentários constrangedores, ofensivos ou humilhantes à gestante. Seja inferiorizando a mulher por sua raça, idade, escolaridade, religião, crença, orientação sexual, condição socioeconômica, número de filhos ou estado civil, seja por ridicularizar as escolhas da paciente para seu parto, como a posição em que quer dar à luz. Além disso, está atrelada também à violência de gênero, o que pode ser exemplificado pela frase “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” falada por alguns médicos e pela equipe, a qual se converte em parte do discurso institucional, de modo a relacionar a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual, levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência.

Já a agressão física, engloba não só procedimentos desnecessários, como também práticas como tapas, exames de toque violentos e excessivos, uso de amarras e outros métodos de impedir que a grávida consiga se

movimentar ou gritar durante o trabalho de parto. Além disso, ainda se faz presente a violência psicológica, que engloba a ação verbal quanto comportamental, que causem na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança.

Por fim, tem-se a negligência, que consiste em negar atendimento ou impor dificuldades para que a gestante receba os serviços que são seus por direito. Essa violência ocasiona uma peregrinação por atendimento durante o pré-natal e por leito na hora do parto. Ambas são bastante perigosas e desgastantes para a futura mãe. Também diz respeito a privação do direito da mulher em ter um acompanhante, o que é protegido por lei desde de 2005. Ademais, está relacionada à omissão de informação acerca dos procedimentos realizados, de modo que não há preocupação em prestar esclarecimentos à parturiente e sua família ou em conferir privacidade a esta, como também pode ser associada tanto ao excesso quanto a falta de analgesia ou anestesia antes, durante e após o parto.

4.2.2 Episiotomia e “ponto do marido”

A episiotomia é definida como o alargamento do períneo, região situada entre o ânus e a vagina, com objetivo de alargar o canal de parto. É efetuado durante o último período do trabalho de parto com auxílio de tesoura ou lâmina de bisturi, de modo que posteriormente requer processo de sutura. Esse procedimento, no passado, era recomendado como rotineiro, com objetivo de acelerar o período expulsivo e reduzir complicações no parto, entretanto, na atualidade muitos estudos evidenciam que não há base científica para a manutenção dessa prática como cotidiana.

Em conformidade com a Organização Mundial de Saúde, a taxa ideal de episiotomia nos serviços de saúde deve ser de 10%, ou seja, esse procedimento deve ter caráter seletivo e deve se restringir a situações clínicas específicas, como já ocorre em muitos países europeus. A realidade brasileira, contudo, releva a utilização desta em aproximadamente 94% dos partos vaginais. Isso demonstra que, além das escolas médicas continuarem a difundir tal prática, os profissionais da área médica ainda apresentam resistência em reduzi-la no dia-a-dia, sob ótica do hábito, influência da formação acadêmica ou mesmo do receio

de que sua não realização gere complicações no parto. Cabe considerar, ainda, que além da possibilidade de complicações graves em decorrência da episiotomia, o uso desnecessário desse procedimento subtrai da parturiente a experiência do parto como um processo fisiológico, de maneira a comprometer sua autonomia.

Além das contraindicações e falta de respaldo científico para a permanência do uso da episiotomia, tem-se que essa também configura uma questão de gênero. Nesse sentido, SÃO BENTO e SANTOS (2006) levantam a questão do "ponto do marido". Essa ideia culturalmente perpetuada aponta que a episiotomia, quando suturada, pode vir a diminuir o diâmetro da abertura vaginal, de modo trazer a condição virginal à mulher e, conseqüentemente, maior prazer masculino na relação sexual. Dessa forma, é tido como um procedimento realizado na mulher para satisfazer o homem, o que esbarra tanto na ideologia machista quanto na de que o corpo feminino precisa de reajustes para voltar ao estado "normal e puro". Além da possibilidade causar dores e problemas sexuais durante muito tempo, essa prática, nesse contexto, é totalmente desnecessária visto que a vagina é composta de músculos, os quais normalmente retornam à configuração original após o parto e que também podem ser fortalecidos por meio de exercícios.

4.2.3 Manobra Kristeller

A manobra de Kristeller, descrita em 1867 pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller, trata-se de uma manobra obstétrica que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com objetivo de favorecer a saída do bebê durante o parto. Em primeiro lugar, ressalta-se que tanto o Ministério da Saúde, quanto a Organização Mundial da Saúde não recomendam essa prática, pois além de configurar uma grande interferência na evolução do trabalho de parto, não existem evidências que essa manobra tenha qualquer benefício para o feto ou para a mãe. Além disso, conforme explicitado no parecer técnico do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (2016), não há redução no período do trabalho de parto e existe risco de morbidade materna e fetal, além da possibilidade de gerar fraturas nas costelas da mulher, ruptura do útero e outras lesões graves.

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil (2014), a manobra já foi realizada em 36,1% das mulheres brasileiras, o que revela a persistência dessa prática no país. De acordo com o Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Fiocruz (2018), esta ainda permanece incutida na prática médica por influência da formação acadêmica e pela ideia errônea de que essa é a melhor maneira de se abreviar o período expulsivo do bebê.

Ainda de acordo com a Fiocruz (2018), existem práticas que podem ser adotadas para deixar de executar a manobra de Kristeller, como: promover o suporte contínuo (acompanhante, doulas etc.), garantir a liberdade de posição e conhecer os limites temporais de cada etapa do parto.

4.2.4 Uso inadequado ou desnecessário de fórceps

O fórceps consiste em um instrumento cirúrgico, semelhante a uma pinça, utilizado para facilitar a passagem da cabeça da criança pelo canal do parto. Indicado apenas em circunstâncias específicas – como no caso de sofrimento fetal – seu uso só deve ocorrer em ambiente no qual existe a possibilidade de realização da cesárea. Além disso, o obstetra deve ter experiência com o instrumento e a cirurgia.

Dessa forma, é válido ressaltar que o seu uso desnecessário, ou em situações as quais demandam outro tipo de conduta, pode resultar em problemas para a parturiente e para o bebê. Assim, faz-se necessário treinar, de modo efetivo, os profissionais, os quais devem ser orientados acerca das condições em que o procedimento é recomendado, qual a forma de fazê-lo de forma mais segura, além de enfatizar a importância da comunicação esclarecida entre a equipe médica, parturiente e acompanhante durante o processo.

4.2.5 Impedimento da presença de acompanhante

Devido a todo um contexto de vulnerabilidade a qual às mulheres são expostas no momento que estão para dar à luz, o apoio contínuo de um acompanhante de sua confiança pode fornecer suporte emocional e diminuir os riscos de violência à qual estão expostas. Nesse sentido, embora o direito ao

acompanhante de livre escolha da gestante seja garantido pela Lei no 11.108/2005, na pesquisa Nascer no Brasil verificou-se que menos de 20% das mulheres se beneficiaram da presença contínua do acompanhante durante todo período de internação para o parto, sendo esse ainda um privilégio das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram cesarianas.

Por várias razões, principalmente a inadequação da ambiência das maternidades, ocorre algum tipo de seleção no momento da admissão para o parto. Aquelas que são informadas, conhecedoras dos seus direitos, que fizeram a vinculação durante o pré-natal, ou que têm relações de parentesco ou amizade com algum profissional de saúde nessa maternidade, podem levar vantagem. Diante dos dados dessa pesquisa, não seria descabido pensar que as mulheres negras e pardas teriam menor chance de serem contempladas. Ademais, a solidão na internação para o parto se associou com o relato de maior maltrato nos serviços de saúde, pior relação com os profissionais e menor satisfação com a atendimento recebido.

4.2.6 Imposição da posição litotômica

A posição de rotina, também conhecida como litotômica, é ainda muito presente na atenção obstétrica. Entretanto, sabe-se, na atualidade, que essa posição não é a única possível e nem a mais viável para o nascimento, dado que, em alguns casos, posturas mais verticalizadas ou de maior liberdade para a mulher são favorecem o processo, devido à ação da gravidade.

É fato que o próprio Ministério da Saúde, por meio das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), aponta a importância de garantir a liberdade de posição à gestante, salvo em casos de risco de complicações. Contudo, a realidade nas maternidades brasileiras é outra: a definição da posição ainda é centrada no profissional, de modo que essa posição torna-se quase que imposta e facilita a execução de procedimentos como a episiotomia, por exemplo. Logo, a persistência do uso da posição litotômica deve-se tanto ao tradicionalismo ainda muito presente na assistência obstétrica, quanto em função da falta de infraestrutura adequada dos hospitais – salas

equipadas com camas maiores, banquetas e apoios – além da desinformação de algumas mulheres acerca de outras possibilidades.

4.3 Grupos fragilizados

Conforme Lima (2016), no Brasil, a cor da pele, a etnia, a classe social e o gênero são determinantes no modo de viver, adoecer e morrer da população. Tais aspectos influenciam diretamente no acesso e na qualidade do planejamento reprodutivo e na atenção durante as consultas de pré-natal. Em união com esses aspectos, a escolaridade e a baixa renda faz com que muitas mulheres sejam consideradas sem autonomia e capacidade de decidir sobre seu corpo no parto.

Dessa forma, cabe reiterar que, embora todas as mulheres, independente de classe socioeconômica, possam ser vítimas de violência obstétrica, existem grupos que se encontram em situação de maior suscetibilidade. Isso ocorre, principalmente, devido a condição de maior vulnerabilidade que se encontram, além dos preconceitos e estereótipos intrínsecos à sociedade brasileira. Nesse sentido, aponta-se que mulheres negras, de baixa renda e escolaridade, indígenas, adolescentes, homens transgêneros, mulheres em relacionamentos homoafetivos, carcerárias, que já sofreram de abortamento ou que são portadoras de HIV são mais propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos.

4.3.1 Mulheres negras

A priori, ao analisar dados de mortalidade materna no ano de 2012, verifica-se profundas disparidades entre os números referentes às mulheres negras e indígenas se comparada às brancas. Foram 66 óbitos por causas obstétricas diretas para cada 100 mil nascidos vivos, sendo que as negras e indígenas correspondiam a 62,8% e 1,4% desses óbitos. Por conseguinte, aponta-se que a mortalidade materna elevada sinaliza falhas na atenção obstétrica ofertada, desde o pré-natal até o parto. Embora tenham sido alcançadas coberturas universais de pré-natal e assistência hospitalar ao parto, estudos têm mostrado falhas na qualidade do amparo prestado, contribuindo para esses desfechos negativos, tanto em relação à saúde materna quanto do recém-nascido.

O estudo Nacer no Brasil (2014) avaliou a satisfação de mais de 20 mil mulheres em relação à atenção obstétrica recebida. Foram considerados critérios como: tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões. Os resultados apontam para iniquidades na assistência, com menos satisfação relatada por parte das mulheres pretas e pardas, de baixa classe social e escolaridade, residentes nas regiões Norte e Nordeste, que tiveram parto vaginal, majoritariamente atendidas no setor público, indicando uma clara elitização da assistência.

Leal et al (2017), apresentam em seu artigo “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”, a constatação de que ocorre menor aplicação de analgesia para grupos étnicos-raciais mais discriminados. Os resultados das mulheres brasileiras, mesmo após controle para variáveis sociodemográficas, indicam um menor uso de analgesia nas mulheres pretas. Uma década atrás, em estudos realizados em maternidades na cidade do Rio de Janeiro também foi evidenciada uma menor oferta de procedimentos anestésicos, no parto vaginal, para mulheres pretas e pardas, com menores proporções ainda para as de menor escolaridade. Há uma premissa, sem qualquer base científica, de caráter racista e eugenista, de que o corpo da mulher negra é mais resistente a dor (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011). Isso revela a existência de um racismo institucionalizado e ainda muito presente no serviço de saúde brasileiro, o qual, contraditoriamente, tem como seus princípios a universalidade, integralidade e a participação social.

Leal et al (2017) ainda apontam que, além dos eventos no entorno mais imediato do parto, as desigualdades segundo a cor se estendem ao longo do processo mais amplo da gravidez. Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir.

Reconhece-se que os determinantes dessas iniquidades estão na sociedade e não podem ser corrigidos por um esforço isolado do setor saúde, mas se sugere que o atual quadro seja modificado, utilizando-se como uma das ferramentas a inclusão do item equidade racial na atenção à saúde como indicador de qualidade dos serviços para acreditação hospitalar.

4.3.2 Mulheres indígenas

É notória a vulnerabilidade, em termos de acesso à saúde e de situação socioeconômica, na qual se encontram muitas das mulheres indígenas brasileiras. Em uma sociedade machista e que discrimina de modo velado a indígena, a violência obstétrica contra essa parcela da sociedade é tida como uma consequência desses fatores.

Em entrevista ao jornal online "O Globo" em 2019, a indígena Potyra Tê Tupinambá – formada em Direito e gestora executiva da ONG Thydewá – situa que são muitos direitos negados às gestantes de tal grupo étnico. Segundo ela, devido a preferência por uma parteira tradicional, muitas optam por realizar os partos dentro das próprias comunidades. Entretanto, quando este necessita ocorrer em um hospital devido às complicações, as parteiras são impedidas de permanecerem na condição de acompanhante. Isso desrespeita a Lei do acompanhante, visto que qualquer pessoa da escolha da parturiente pode ser indicada para o posto. Nesse contexto, é preciso situar ainda que, ao recorrer ao hospital e, por consequência, a um parto afastado de seu modo tradicional e provavelmente feito por médicos não indígenas, a presença da parteira que acompanhou a gestante durante toda a gravidez proporcionaria maior segurança e conforto.

4.3.3 Mulheres privadas de liberdade

A realidade do sistema prisional brasileiro é marcada por diversas deficiências, por exemplo, pela insalubridade e superlotação das celas. Além disso, a situação das mulheres privadas de liberdade não é das melhores: além de marginalizadas, quando grávidas, muitas vezes não recebem o amparo pré-natal mais adequado. Além disso, estão sujeitas a um parto mais violento, em função da discriminação que estão sujeitas. Cabe destacar, ainda, que até 2016, o uso de algemas em mulheres presas durante o trabalho de parto, no trajeto entre a unidade prisional e a maternidade, e após o nascimento da criança era permitido, o que revela uma parcela dos problemas que permeiam a maternidade dentro dos presídios no Brasil.

4.3.4 Mulheres jovens ou adolescentes

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2018), na América Latina e no Caribe, a taxa de gravidez entre adolescentes é a segunda mais alta do mundo – ficando atrás somente da África Subsaariana. Anualmente, ocorrem em média 66 nascimentos para cada mil meninas com idade entre 15 e 19 anos, enquanto o índice mundial é de 46 nascimentos. Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivo (Sinasc), do Ministério da Saúde, o percentual de gravidez na adolescência teve uma queda de 17% no Brasil em 2015. Em números absolutos, a redução foi de 661.290 nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos em 2004 para 546.529 em 2015. No entanto, apesar dos avanços, o número ainda é considerado grande, representando cerca de 18% do total de nascidos vivos no país.

A pesquisa Nascer no Brasil (2014), a qual entrevistou cerca de 24 mil mulheres que tiveram experiências de parto em várias cidades país, apontou que 19% destas eram adolescentes e que mais de dois terços delas estavam em atraso escolar ou fora da escola. No geral, elas pertenciam às classes sociais mais baixas (D e E), além de apresentarem desvantagens relacionadas com o acesso ao pré-natal e ao número de consultas. Ademais, eram em sua maioria pretas ou pardas (71%) e apenas 4,5% pariram em um estabelecimento privado, de modo a revelar essa desigualdade. Dessa forma, é possível afirmar que a gravidez na adolescência está associada diretamente com baixa renda, baixa escolaridade – que resulta em uma deficitária educação sexual – em união com uma pouca perspectiva de futuro.

A jovem grávida, por causa da idade pouco avançada, está sujeita a uma série de riscos a sua saúde e do bebê. Além disso, existe um estigma acerca da gestação nesse período da vida, a partir do qual cria-se uma conjuntura de culpabilização e discriminação. Isso ocorre, pois nas camadas de nível educacional mais alto, as mulheres brasileiras seguem de perto a tendência internacional de completar os estudos, conseguir trabalho e independência financeira antes de pensar em filhos. Assim, tal acontecimento é visto muitas vezes como algo vergonhoso, vexatório, de modo que algumas adolescentes chegam a esconder a gravidez por um tempo, o que prejudica o pré-natal, ou mesmo tentam cometer o aborto. Nessa conjuntura de desamparo

socioeconômico e preconceito da sociedade, estas estão mais vulneráveis à violência obstétrica, sendo que isso é ainda reforçado sob ótica da inexperiência com a maternidade.

4.3.5 Mulheres que sofreram de aborto

Conforme o dossiê “As faces da violência obstétrica”, apesar de muito aliada ao parto em si, mulheres que sofreram um aborto também podem ser vítimas de violência obstétrica. Isso pode acontecer de diversas maneiras: negação ou demora no atendimento, questionamento e acusação da mulher sobre a causa do aborto, procedimentos invasivos sem explicação, consentimento ou anestesia, bem como a culpabilização e denúncia da mulher.

Todos esses tipos de violência podem influenciar no desenvolvimento de uma depressão pós-parto, no não desejo de uma próxima gestação, no medo do próximo parto e, até mesmo, no exercício da vida sexual da mulher.

5. Medidas adotadas para a diminuição do quadro de violência obstétrica no Brasil

O contexto brasileiro no que tange às práticas de parto se mostra alarmante em cenário internacional. Dados divulgados pela OMS em 2016 estimam que o percentual ideal de realização de cirurgias cesarianas seria entre 10% e 15% do total de partos, enquanto que no Brasil esse percentual atinge 55,5%, sendo o país com o segundo maior índice de nascimentos por cesárea. Nas redes de saúde privadas o índice é ainda maior, atingindo 85% das parturientes, segundo dados da Agência Nacional de saúde.

Segundo Souza (2014) “a prevalência de violência obstétrica no Brasil é alta e implica na relação sistêmica entre a parturiente e o serviço de saúde, a parturiente e o sistema de saúde e a parturiente com a equipe de saúde”. Para entender e discutir as medidas adotadas nacionalmente para o combate a violência obstétrica, é preciso levar em consideração que se trata de outra expressão da violência de gênero, sendo tratada como parte integrante de projetos voltados contra a violência e discriminação contra mulheres de forma geral. Combater a violência obstétrica é na maior parte das vezes considerado

uma consequência aos programas de humanização do parto, portanto não são sugeridas medidas específicas para esta finalidade.

5.1 Políticas de assistência governamentais

Diversos programas governamentais foram criados visando reduzir as taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas, assim como disseminar a prática de partos naturais em detrimento de cesarianas (Ministério da Saúde, 2001). As políticas implementadas dialogam diretamente com uma visão humanizada do parto, seguindo as diretrizes abordadas pela OMS para Assistência ao Parto Normal e implementando ações direcionadas aos profissionais da saúde.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNHP) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, fundamentando-se no preceito de humanizar a obstetrícia pré e pós natal pelo respeito à dignidade da mulher, dos familiares e do recém-nascido por meio de atitude ética e solidária e da interrupção do isolamento hospitalar pré-imposto à parturiente. Outro objetivo primário do programa é reduzir práticas intervencionistas desnecessárias, realizando acompanhamento dos profissionais de saúde e do parto (Ministério da Saúde, 2002). Entre as ações desenvolvidas cabe ressaltar a ampliação do investimento nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco e em programas como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais e destinação de recursos específicos para o treinamento e capacitação de parteiras e doulas.

5.2 Parto humanizado

A humanização do parto é nada mais do que a humanização da assistência ao parto, a alteração fundamental do comportamento que se expressa frente ao sofrimento de outrem. As primeiras concepções de parto estavam firmemente entrelaçadas com preceitos religiosos, que atribuíam o sofrimento do parto à uma punição divina dada a mulher por cometer o pecado original. Com o desenvolvimento da medicina obstétrica no início do século XX, surgiu a noção do parto enquanto uma forma de violência intrínseca para a mulher e para o recém-nascido, que só pode ser alterada mediante a intervenção médica. Para Magalhães, a medicina obstétrica traz:

“Uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade” (Magalhães, 1916)

Essa nova abordagem sobre o parto carrega consigo uma outra forma de apagamento da parturiente. Se antes a mulher era culpada pela dor do parto, agora ela passa a ser vítima de sua própria natureza, inferior ao conhecimento dos homens mesmo quando em seus processos biológicos básicos. Com a alteração na compreensão do parto criou-se o modelo atual e mecanizado de parir: separada de seus parentes e bens, com as pernas abertas, levantadas e imobilizadas, sendo assistida por pessoas desconhecidas e submetida a procedimentos agressivos como a episiotomia.

A concepção de humanização do parto como um movimento pelo direito da mulher e da criança é parte fundamental na luta contra a violência obstétrica só surge na década de 50 com o movimento pelo parto sem dor na Europa. Cabe destacar a relevância do movimento feminista que, segundo Diniz (2005):

“[...] tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), e propõem uma assistência *baseada em direitos* (WHO, 2005). Foram muito influentes a *abordagem psicosssexual* do parto de Sheila Kitzinger (1985), a *redescritção da fisiologia do parto* de Michel Odent (2000), e a proposta de *parto ativo* de Janet Balaskas (1996), entre outros autores. As vertentes *amigas da mulher* (woman-friendly) e *centradas na mulher* (woman-centered) são propostas principalmente para organização de serviços (CIMS, 2005). Mais recentemente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência (Vinaver, 2001).”

A definição de parto humanizado não é única, sendo construída com base em diferentes interpretações. A abordagem adotada por Carmem Simone Grilo sugere a subdivisão da noção de parto humanizado em sete afirmativas centrais: Humanização como a legitimidade científica da medicina, Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres, Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população, Humanização como legitimidade profissional e corporativa, Humanização referida à legitimidade financeira e Humanização como direito ao alívio da dor.

“a) Humanização como a *legitimidade científica* da medicina, ou da assistência **baseada na evidência** (*evidence-based*, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia). É considerada pelos iniciados como o *padrão ouro*; a prática orientada através de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição. A superposição entre a crítica política (da organização do cuidado) e a crítica à técnica (da indicação clínica dos procedimentos) é tão intensa, que a adesão à *Rehuna* por seus filiados é condicionada exatamente à defesa por parte dos mesmos daqueles textos técnico-políticos (WHO, 1985; 1996). chamados ensaios pragmáticos sobre *promoção da mudança* institucional (BBI, 2005).

b) Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência **baseada nos direitos** (*rights-based*), demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de "humanismo" e de "direitos humanos", dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações: [...] *As mudanças na oferta de serviços e no acesso a eles não são suficientes. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – sejam respeitados* (WHO, 1998).

c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Além dos melhores resultados nos *indivíduos* de uma assistência apropriada, esse resultado é visto em sua dimensão *coletiva*. A reivindicação de políticas públicas no sentido de uma *legitimidade epidemiológica*, ou de saúde pública. Essa adequação tecnológica resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. Essa é a tônica de alguns documentos da Iniciativa Maternidade Segura, pois a *racionalidade* no uso de recursos *apropriados* aparece como um conceito diferente do mero acesso quantitativo a consultas pré-natais, a leitos e procedimentos obstétricos, independentemente de seu conteúdo e adequação. Este sentido se torna ainda mais importante à medida em que se avolumam as evidências de que o excesso de intervenção leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal, e se postula uma redução das intervenções iatrogênicas como forma de *promoção da saúde*: *O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural* (WHO, 1996).

d) Humanização como *legitimidade profissional e corporativa* de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetriz – legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. Desloca também o local privilegiado do parto, do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto, a exemplo dos modelos europeu e japonês de assistência. Essa perspectiva envolve disputas corporativas e de recursos, e é um campo de intenso conflito, pois os médicos sentem seu espaço expropriado, reagindo de várias formas. Como na proposta de lei do Ato Médico, em que os demais profissionais de saúde devem estar submetidos à sua supervisão – o que seria incompatível com a prática autônoma das enfermeiras obstetrizes. Esta lei estaria em contradição com as próprias portarias do Ministério da Saúde, inclusive as que instituem os Centros de Parto Normal, constituindo um dos impasses atuais da mudança das políticas públicas.

e) Humanização referida à *legitimidade financeira* (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. Esta racionalidade é argumentada tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do

cuidado apropriado para as populações carentes, uma "medicina para pobres"), quanto como vantagem (economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações). Do ponto de vista dos planejadores, essa vantagem aparece como um elemento definidor da adesão ao modelo, por sua relação custo-benefício, extensão de cobertura e melhora de indicadores, como na fala de um representante do Ministério da Saúde em um seminário: *Não é por mero acaso que essas coisas se reúnem apontando para a mesma direção, a de uma legitimidade financeira, quando se pensa também na eliminação de tecnologias desnecessárias ou na não intervenção. Felizmente, quando a gente discute com os economistas, um novo projeto, uma nova postura, a gente também pode usar o argumento deles, que além de todas as vantagens técnicas, das vantagens das filosofias, afetivas, de crédito, de justiça, elas são mais econômicas também. Eventualmente, esse argumento é muito mais forte do que os anteriores.*

f) Humanização referida à *legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde*, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da "boa educação" na relação entre instituições e seus consumidores. Diferentemente de uma noção referida a direitos sociais, aqui está fortemente presente a tradição liberal, de direitos do consumidor à escolha, criando uma "rede privada de assistência humanizada" e ampliando a legitimidade do modelo da MBE, até então restrita ao setor público. Isto inclui a mudança arquitetônica de vários serviços particulares para a superação do modelo de linha de montagem, com a instalação de salas PPP (pré-parto e pós-parto) ou "Labour and Delivery Rooms", banheiras de hidromassagem para o trabalho de parto e outras inovações.

g) Humanização como direito ao *alívio da dor*, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como *humanitários*, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto. Entre os médicos menos próximos do ideário baseado em evidências ou baseado em direitos, "parto humanizado" é praticamente um *sinônimo* de acesso à anestesia peridural."

No Brasil, o movimento de humanização do parto tem como principais marcos a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), em 1993; a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e do Programa de Humanização de Hospitais, lançados 2000; e a Conferência Internacional pela Humanização do Parto que já possui quatro edições. Apesar de ser uma figura central no debate internacional sobre humanização, o Brasil não possui nenhuma lei específica sobre violência obstétrica, o que pode ser prejudicial para o desenvolvimento dos projetos de humanização em desenvolvimento.

6. Perguntas a serem respondidas

- Quais medidas devem ser tomadas para que haja um fim das intervenções médicas desnecessárias durante o trabalho de parto da mulher gestante?
- Como alcançar a equidade entre mulheres negras e brancas no SUS e no sistema de saúde privado, a fim de que os serviços de saúde sejam melhorados juntamente com a condição das mulheres gestantes?
- Como expandir a conscientização de mulheres grávidas pertencentes a todos os níveis socioeconômicos acerca da violência obstétrica?
- De que forma o ensino e a preparação dos profissionais da área obstétrica podem interferir na diminuição dos casos recorrentes de violência nesse âmbito?
- Como garantir a soberania e consentimento da gestante em situações emergenciais?
- Como fazer com que o tratamento de mulheres que tenham sofrido aborto espontâneo seja feito de forma menos invasiva?
- Qual o impacto da humanização da assistência ao parto no âmbito nacional no que concerne a violência obstétrica?

Referências

ABRASCO (Rio de Janeiro). Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (Org.). **Debate sobre a violência no parto durante pré-congresso**. 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/debate-sobre-violencia-no-parto-durante-pre-congresso/35960/>>. Acesso em: 28 de maio de 2019

ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Sobre a ABRASCO**. 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

ALMEIDA, José Alcione Macedo. **SOGIA-BR: Quem Somos**. 2019. Disponível em: <<http://www.sogia.com.br/index.php/quem-somos/>>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Quem Somos**. 2019. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar; SBIBHAE, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein; IHI, Institute For Healthcare Improvement. **NOVA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO PARTO E NASCIMENTO PARA MELHORES RESULTADOS DE SAÚDE: PROJETO PARTO ADEQUADO - FASE 1**. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.

ARTEMIS, Associação. **Proposta da Artemis**. 2019. Disponível em: <<https://www.artemis.org.br/institucional-1>>. Acesso em: 28 de maio de 2019

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **AMB**, 2019. Disponível em: <<https://amb.org.br/tag/partos/o/>>. Acesso em: 20 março 2019.
Balaskas J 1996. **Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural**. Ed. Ground. São Paulo.

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia**. Gênero: Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero, Niterói, v. 7, n. 2, p. 219-236. 2007.

BARROS F, VICTORA C et al. 2005. **The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004**. Lancet 365: 847-854.
CARVALHO, Cynthia; SOUZA, ALEX; FILHO, Olímpio. **Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências**. 2010. 6 f. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. **Católicas Online**, 2019. Disponível em: <<http://www.catolicasonline.org.br/>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. **Conheça o CFP**. 2019. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/cfp/conheca-o-cfp/>>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

CNTS, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde. **Institucional**. 2019. Disponível em: <<https://cnts.org.br/institucional/>>. Acesso em: 28 maio 2019.

COFEN, Ascom. **Cofen: Conselhos de Enfermagem debatem resultados da fiscalização obstétrica**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-debatem-resultados-da-fiscalizacao-obstetrica_51551.html>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **Mulheres**, 2019. Disponível em: <<http://mulheres.org.br/>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

CONASEMS. **O Conasems**. 2019. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/institucional/o-conasems/>>. Acesso em: 28 maio 2019.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Quem Somos**. 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **PARECER TÉCNICO COREN/SC Nº 001/CT/2016: Manobra de Kristeller. 2016**. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Parecer-T%C3%A9cnico-001-2016-CT-Sa%C3%BAde-Mulher-Manobra-de-Kristeller.pdf>>. Acesso em 03 de maio de 2019.

CUNHA, Alfredo. **Indicações do parto a fórceps**. 2011. 6 f. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2019.

DEPUTADOS, Câmara dos. **COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER: Histórico e Atribuições**. 2019. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes->

permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/conheca-a-comissao/historico>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, v.n 1 p. 627-637, 2005.

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

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **FEBRASGO**, 2017. Disponível em: <<https://www.febbrasgo.org.br/pt/noticias/item/170-contr-a-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **FEBRASGO**, 2017. Disponível em: <<https://www.febbrasgo.org.br/pt/noticias/item/170-contr-a-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); Portal de Boas práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Deixar de fazer a Manobra de Kristeller: porque e como?**. 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29744/2/DEIXAR%20DE%20FAZER%20MANOBRA%20DE%20KRISTELLER.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**, 2013. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa de opinião pública: mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados**, 2010. Disponível em: <http://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2019.

GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA (São Paulo). Geledés Instituto da Mulher Negra. **Geledés – Missão Institucional**. 2016. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/geledes-missao-institucional/>>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

GRUPO DE INFORMAÇÃO EM ESCOLHA REPRODUTIVA. **GIRE**, 2018. Disponível em: <<https://gire.org.mx/>>. Acesso em: 20 de março de 2019

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Sofia Feldman**, 2018. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**, 2018. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso: 22 de março de 2019.

JUNIOR, Carlos E.A.; GARNELO; Luiza. **Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil**. 2003. 26 f. Documento de trabalho - Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia. Disponível em: <<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc7.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

MARTINS, APV. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Available from SciELO Books

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. Brasil, 2017. 51 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do Parto: Humanização do Pré-natal e nascimento**. Brasil, 2002, 28p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **LEI DO ACOMPANHANTE**, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40638-lei-do-acompanhante>>. Acesso em: 28 de abril de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009. 2009**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 28 de abril de 2019.

O GLOBO. **Existe feminismo indígena? Seis mulheres dizem pelo que lutam**. 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/celina/existe-feminismo-indigena-seis-mulheres-dizem-pelo-que-lutam-23619526>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

ONU BRASIL. **Objetivo 5: alcançar igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.** Nações Unidas Brasil, 2019. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods5/>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

OLIVEIRA, Ellen Hilda Souza de Alcântara. **Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um hospital público de Feira de Santana - Bahia.** 2017. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências, Instituto Nacional de Saúde da Criança, Mulher e Adolescente Fernandes Figueira – Iff/rj, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30942/2/ellen_oliveira_iff_mest_2018.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

ONG THYDEWA. **Pelas Mulheres Indígenas,** 2015. Disponível em: <<http://www.thydewa.org/wp-content/uploads/2015/03/pelas-mulheres-indigenas-web.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS: cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto,** 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde,** 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa,** 2019. Disponível em: <<https://www.partodoprincipio.com.br/>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da violência obstétrica: "Parirás com dor".** Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E. de A.; MARTINS, C.P. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado.** *Rev Tempus Actas Saúde Col*, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PROJETO SENTIDOS DO NASCER. **Sentidos do Nascer**, 2019. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **ReHuNa**, 2019. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

SANTOS, Rosangela; SÃO BENTO, Paulo Alexandre. **Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão**. 2006. 8 f. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

SEDANO, L. Manuel; SEDANO, M. Cecilia; SEDANO, M. Rodrigo. **Reseña histórica e hitos de la obstetricia**. Revista Médica Clínica Las Condes, [s.l.], v. 25, n. 6, p.866-873, nov. 2014. Elsevier BV.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **SBP lança campanha de sensibilização pela prevenção à gravidez na adolescência**. 2019. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-lanca-campanha-de-sensibilizacao-pela-prevencao-a-gravidez-na-adolescencia/>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL E CONSELHOS REGIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL. **Informativo anual do Conjunto CFESS-CRESS**. 2019. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2019-ServicoSocialNoticia5-Web.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **SBP**, 2018. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. Revista Estudos Feministas, [s.l.], v. 10, n. 2, p.483-492, jul. 2002. FapUNIFESP (SciELO).

UCHÔA, Thayse. **Violência Obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa**. UFRGS, 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetrica-atinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

UFRGS. **As faces da violência obstétrica: leis e direitos**. 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/leis-e-direitos/>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

GRUPO CURIMIM. **Violência: uma barreira para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos**. Grupo Curumim, 2017. Disponível em:

<<http://www.grupocurumim.org.br/wp-curumim/wp-content/uploads/2019/02/2017-RHM-in-Portuguese-1.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Psicologia & Sociedade, [s.l.], v. 29, p.1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO).