UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA – UNIVERSO BH

CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

Flávia Eletícia da Cruz Souza

Violência Obstétrica: a perda da autonomia da mulher na escolha da forma de dar a luz. Será Interesse econômico ou despreparo dos profissionais de saúde? O que falta na legislação existente?

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Universidade Salgado de Oliveira como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Emanuel Farias de Oliveira

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2017

RESUMO

O presente trabalho propõe demonstrar os diversos tipos de agressões e situações vividas pelas mulheres antes, durante e ou depois do parto, bem como expor os impactos negativos sobre a vida da mulher ou do nascituro, advindos do mau exercício dos profissionais de saúde especializados em obstetrícia, ou seja, profissionais que possuem conhecimento técnico-cientifico para emprego de cuidados com a gestante, parturiente, recém-nascidos e familiares. Bem como, trazer relatos verídicos de mulheres que já viveram momentos de extremo terror nas mãos destes profissionais de saúde. Mesmo não existindo nenhuma forma certa ou politicamente correta de dar a luz, se faz necessário um conjunto de escolhas a serem feitas, e estas principalmente com a participação ativa da mulher, para que este momento possa se tornar o mais seguro e confortável possível. Desta maneira verificasse a grande importância do Estado intervir, criando uma legislação específica, uma vez que ainda não existe uma legislação complementar que aborde o tema “violência obstétrica”. Os aspectos metodológicos que foram utilizados para a apresentação do presente trabalho, foram feitas através de pesquisas do tipo bibliográfico, procurando explicar o tema e esclarecer suas problemáticas através da análise da leitura já publicada em forma de artigos, livros, revistas, pesquisas on-line, vídeos, e também documental, através de leis, normas, portarias, súmulas e declarações que abordem este tema.

Palavras – Chave: Parto Humanizado, Legislações, Integridade Física e Psíquica, Tratamento Abusivo, Crescimento das Cesáreas.

ABSTRACT

The present study proposes to demonstrate the different types of aggressions and situations experienced by women before, during and after childbirth, as well as to expose the negative impacts on the life of the woman or the unborn child, resulting from the bad exercise of health professionals specialized in obstetrics, that is, professionals who possess technical-scientific knowledge for employment of care with pregnant women, parturients, newborns and their families. As well as, bring true accounts of women who have lived moments of extreme terror in the hands of these health professionals. Even if there is no right or politically correct way to give birth, a set of choices is necessary, and these are mainly with the active participation of the woman, so that this moment can become as safe and comfortable as possible. In this way, it would be very important for the State to intervene, creating specific legislation, since there is as yet no complementary legislation that addresses the issue of "obstetric violence". The methodological aspects that were used for the presentation of the present study were made through bibliographic research, trying to explain the theme and clarify its problems through the analysis of the reading already published in the form of articles, books, magazines, online research , videos, and also documentary, through laws, norms, ordinances, statements and statements that address this theme.

Keywords: Humanized Childbirth, Legislations, Physical and Psychical Integrity, Abusive Treatment, Cesarean Growth.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO 1
2- DEFINIÇÃO DE OBSTETRICIA E PROFISSIONAIS DO PARTO 3
3- AFINAL O QUE ESCOLHER PARTO NOMAL OU CESÁREA? QUAIS OS BENEFÍCIOS OU RISCOS? 5
4- QUAIS SÃO OS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E SEUS ÍNDICES.....6
5- CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 10
6- LEGISLAÇÕES E SANÇÕES.....12
7- CASOS REAIS.....22
8- CONCLUSÃO 23
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 26

1- INTRODUÇÃO

Dar a luz e nascer são elementos centrais para reprodução e preservação da espécie humana. Em todas as culturas o momento do nascimento é um rito de passagem muito especial tanto para a família da gestante quanto para futura mamãe.

Historicamente, o parto era considerado um fenômeno natural, assim as mulheres se reuniam para ajudar uma à outra a dar a luz. Então, com o tempo a mulher considerada mais experiente em partos pela comunidade ficou comumente conhecida como parteira - essa parteira é uma figura de uma mulher que têm conhecimentos não científicos sobre partos e que atende a domicílio. Seus conhecimentos têm por base a prática e a acumulação de saberes, passados tradicionalmente de geração em geração.

Inicialmente, a gravidez e o parto por não serem consideradas doenças, não tinham por vezes o acompanhamento devido dos médicos, uma vez que não era costume serem incluídos nos currículos deles, ou seja, nesta fase não existia a obstetrícia e a ginecologia como especialidade médica.

Adiante, os médicos foram tomando controle da assistência ao parto, para intervir em casos complicados e dar ordens. Assim, surgiu a visão de que o parto é um ato cirúrgico e a mulher em trabalho de parto passa a ser chamada de “paciente”.

Por volta de 1880, as mulheres passaram a considerar os partos em ambientes hospitalares mais seguros do que a domicílio. Assim, o parto deixou de ser íntimo privado e feminino para se tornar algo a ser vivenciado de maneira pública, com a presença de outras pessoas.

Desta maneira, o caminho até o parto é seguido de emoções, medos, anseios e perspectiva de vida para o nascituro. Assim, nem tudo desde o começo da gravidez é um mar de flores, mas até o grande momento do parto as mulheres carregam dentro de si um sentimento positivista de que tudo dará certo em todos os momentos.

Mesmo não existindo nenhuma forma certa ou politicamente correta de dar a luz, se faz necessário um conjunto de escolhas a serem feitas, e estas principalmente com a participação ativa da mulher, para que este momento possa se tornar mais seguro e confortável tanto para a futura mamãe quanto para o bebê.

No entanto, ao se iniciar o trabalho de parto e começar os procedimentos obstétricos nas instituições médicas, muitas mulheres sofrem violência e a única resposta que dão a isto é o silêncio. Uma violência, que deixará não apenas marcas físicas, mas psicológicas, e em alguns casos no próprio recém-nascido.

A maioria das maternidades promove uma cascata de intervenções nas mulheres quando chegam às instituições para darem a luz, neste sentido, vêm uma sucessão de procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados, fazendo com que o parto seja mais agressivo e arriscado do que o normal, e deixando frequentemente marcas físicas e ou emocionais na paciente.

Assim, o índice de partos cesáreos vem crescendo, acentuadamente, no Brasil, sendo reflexo de más experiências vividas pelas já mamães ou mães próximas da gestante que já relataram para elas as más experiências vividas por elas neste dia, gerando desde modo um efeito cascata, onde a maioria das gestantes vão preferir procedimentos que geram menos dor e mais segurança para o bebê.

Entrando agora no contexto jurídico, verifica-se que é assegurado a todos o direito ao respeito da sua integridade física, psíquica e moral, bem como ninguém pode ser submetido a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, uma vez que nos é assegurado o direito à vida, a dignidade humana e igualdade de direitos.

Diante disto, é certo que o Estado protege todos os cidadãos, seja brasileiro ou estrangeiro residente no país o direito a vida, como assim dispõe o Art. 5 da CF/1988. E é com base na Constituição Federal e na Organização Mundial dos Direitos Humanos que é assegurado tanto a gestante quando ao bebê o direito a procedimentos médicos que não afetem ambos de tal maneira que seja desumano, degradante ou até mesmo cruéis.

Com base na legislação pátria, internacional e através de inúmeras denúncias relatadas pelas gestantes de que ocorreram abusos por parte dos profissionais de

saúde, que a (OMS) Organização Mundial de Saúde, no ano de 2004, fez uma declaração sobre “Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o Parto em Instituições de Saúde”, como também houve o surgimento da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, também chamada Lei do Acompanhante, bem como as Portarias do Ministério da Saúde nº 1.067 – GM, de 4 de julho de 2005, e nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 e por fim foi sancionada pelo governador de Santa Catarina, João Raimundo Colombo, a Lei nº 17.097, sendo a lei pioneira a abordar o tema “violência Obstétrica”.

Adiante disto, verifica-se que ainda não há uma legislação especifica que ampare a mulher e o nascituro em face aos maus tratos vividos por eles durante o parto, uma vez que esta problemática é abordada de maneira genérica e não especifica pela legislação pátria.

Quanto aos aspectos metodológicos que foram utilizados para a apresentação do presente trabalho, foram feitas através de pesquisas do tipo bibliográfico, procurando explicar o tema e esclarecer suas problemáticas através da análise da leitura já publicada em forma de artigos, livros, revistas, pesquisas on-line, vídeos, e também documental, através de leis, normas, portarias e declarações que abordem os assuntos relacionados a este tema.

2- DEFINIÇÃO DE OBSTETRICIA E PROFISSIONAIS DO PARTO

Obstetrícia é o ramo da medicina encarregada dos cuidados com o pré-natal, com o parto e subsequentemente com os cuidados com o bebê até 28 dias de nascido.

Desta maneira, existem diversos tipos de profissionais que podem participar do parto, contudo todos têm sua finalidade pré-definida neste ambiente, assim alguns podem apenas acompanhar o parto, já outros podem realizar o parto e outros que ficam apenas para dar suporte a gestante, não podendo realizar nenhum tipo de procedimento invasivo na mulher. Assim os profissionais que podem participar do parto são:

Doula: são as mulheres que dão apoio físico, moral, fazem massagens, auxiliam na melhor posição para o parto, contudo estas não podem fazer nenhum tipo de procedimento invasivo na gestante. Estas profissionais são normalmente contratadas pelas gestantes.

Enfermeiras Obstetras: são profissionais formados em enfermagem com especialização em obstetrícia, assim estes podem atender as gestantes durante o pré-natal até o parto. Contudo estes profissionais podem apenas participarem de partos normais, não podendo realizar cesáreas. Assim podem atender partos domiciliares e hospitalares de baixo risco.

Obstetrizes: são aqueles profissionais que fazem a graduação em obstetrícia, exercem basicamente a mesma função que as enfermeiras, podendo assim atender partos domiciliares e hospitalares de baixo risco.

Parteiras: são aquelas mulheres que têm conhecimento prático em partos, elas normalmente aprendem com parteiras mais experientes e normalmente não têm um conhecimento técnico-cientifico para realizarem um parto.

Médico Neonatologista: são os profissionais graduados em medicina e pós-graduados em neonatologia, estes profissionais atendem os bebês assim quando nascem. Assim estes profissionais são os responsáveis por fazer as primeiras avaliações necessárias nos recém-nascidos como, a pesagem, os primeiros exames, e etc.

Médico Obstetra: são os profissionais graduados em medicina e pós-graduados em ginecologia e em obstetrícia. Estes profissionais atuam tanto em partos normais quanto cesáreas. Cuidam do pré-natal até o momento do parto.

Anestesista: é o profissional responsável por fazer a analgesia epidural ou raquidiana (medicamento para o alivio da dor no trabalho de parto), tanto no parto normal quanto na cesárea.

Enfermeiras e enfermeiras auxiliares: profissionais que ficam no ambiente de parto apenas para darem suporte ao médico.

3- AFINAL O QUE ESCOLHER PARTO NOMAL OU CESÁREA? QUAIS OS BENEFÍCIOS OU RISCOS?

A gestante quando começa o pré-natal deve receber todos os tipos de informações necessárias sobre a sua gravidez até o momento do parto. Desta maneira houve a necessidade de criação de um documento que orientasse as futuras mamães sobre os partos normais e cesáreos e os possíveis riscos.

Diante disto, o Conselho Federal de Medicina divulgou a nota da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com orientações à gestante sobre partos normais e cesáreos, devendo este documento ser entregue as gestantes durante o acompanhamento da gestação.

O conteúdo desta nota traz uma breve definição do parto normal e seus benefícios para a saúde tanto da mãe quanto do bebe, como, a proteção do recém-nascido através de substâncias produzidas pela mãe durante o parto, a recuperação imediata da mãe, e a possibilidade do cuidado imediato do seu filho, contudo, trouxe também um aviso, um maleficio, de que o parto normal pode também apresentar risco de lesão ao períneo.

Ainda informa que algumas mulheres podem apresentar algum tipo de contra indicação para este tipo de parto “o normal”, por isso se faz a necessidade de uma cesárea. Esta nota afirma que a cesárea só é realizada por indicação clinica, informando que é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Contudo quando não necessária, ela pode apresentar riscos, como infecções e hemorragia, podendo resultar até na morte da mãe. Quanto ao recém-nascido, podem ocorrer lesões no momento da retirada do bebê ou no pós-parto como infecções, pneumonias, prematuridade e possível internação na UTI, além de aumentar em 120 vezes a chance de o recém-nascido apresentar dificuldade respiratória, quando a cirurgia é feita entre 37 e 38 semanas. Isto ocorre por que a ultrassonografia pode apresentar 2 semanas para menos, pois ela não consegue ser precisa quanto ao tempo gestacional, assim quando é feita a cesárea, pode ser que aquele momento o bebê tenha 2 semanas ainda para permanecer dentro da barriga da mãe, fazendo assim com que o bebê nasça antes da fase completa de gestação.

O CFM (Conselho Federal de Medicina) orienta que médico, o paciente e a família discutam de forma exaustiva sobre benefícios e riscos tanto do parto normal quanto da cesariana, bem como sobre o direito de escolha da via de parto pela gestante. Desta maneira o profissional deve conceder todas as informações sobre a situação clínica da mulher e os riscos e benefícios envolvidos em cada escolha que ela fizer, para ajudá-la na tomada de qualquer decisão.

4- QUAIS SÃO OS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E SEUS ÍNDICES

Para adentrar nos índices de violência obstétrica é necessário saber o que significa a violência obstétrica. Nesse sentido, a violência obstétrica é todo o tipo de intervenção não necessária ou mesmo atitudes desnecessárias no tratamento com a mulher no pré-natal, ou no momento do parto e pós-parto, ou ainda em situações de abortamento. Tais atitudes como xingamentos, a utilização desnecessária de procedimentos como o Fórceps, posição de litotomia, episiotomia, tricotomia, Manobra de kristeller, uso de ocitocina ou até mesmo a cesárea desnecessária, privação de água e comida, não informação de qualquer procedimento a ser realizado no paciente, entre outros.

Adiante se faz necessário conhecer cada tipo de procedimento citado anteriormente para que se possa entender melhor o que cada gestante/parturiente pode passar e caracterizar violência obstétrica, assim vejamos:

Fórceps ou vácuo extrator: é um tipo de procedimento utilizado pelo profissional de saúde quando a mãe sozinha não consegue expulsar o bebê ou quando a criança fica agarrada e não consegue sair do ventre de sua mãe, assim o profissional utiliza o Fórceps que é instrumento de metal ou de silicone, para puxar o bebê e conseguir finalizar o parto, evitando assim sofrimento de ambos. Neste caso, a utilização deste instrumento deve ser feita com extrema necessidade, uma vez que traz consequências traumatizantes tanto para a mãe quanto para o bebê, pois a mãe pode sentir dificuldade de urinar ou até mesmo de manter o controle da urina após a utilização deste instrumento, já o bebê pode nascer com uma lesão superficial na cabeça.

Posição de Litotomia (litotômica): é aquela onde a parturiente fica deitada sob uma maca com as pernas flexionadas e afastadas sob o abdômen. Esta posição não é a melhor indicada para facilitação do parto ou até mesmo a mais confortável para a mulher. Mas a violência obstétrica só ocorre neste caso quando a parturiente é forçado-obrigada a ficar nesta posição sem necessidade, sendo por muitas vezes amarrada a maca, apenas para o conforto do profissional de saúde para realizar os procedimentos, tirando desta maneira a autonomia da mulher quanto ao melhor modo e mais confortável de parir.

Episiotomia: ou mesmo chamado popularmente entre as mamães “o corte”, assim a episiotomia é uma incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal do parto, facilitando a expulsão do bebê. Este corte deve ser feito se houver alguma necessidade, quando não há nenhum motivo ocorre desta maneira a violência obstétrica. Além disto, antes de realizar este corte, a paciente deve ser comunicada, contudo, como se tornou um procedimento comum, acaba que por vezes não é informada a mãe sobre ele e nem os motivos que levaram o médico a realiza-lo, tornando-se um procedimento ilegal, invasivo e desnecessário.

Tricotomia: é a raspagem dos pelos na pele para facilitar a limpeza e a desinfecção da pele e da região a ser operada. Contudo, quando a mulher está em trabalho de parto normal, conclui-se que não é uma operação, portanto, não se vê a necessidade da raspagem dos pêlos, outro sim, os profissionais argumentam que fazem este procedimento por que caso haja necessidade da episiotomia a região esteja limpa e desinfeccionada, mas quando é feita esta raspagem ela não é feita apenas no local do corte e sim no órgão sexual da mulher por inteiro. Deste modo a mulher acaba passando por uma situação desnecessária e constrangedora, que por vezes nem há a necessidade da episiotomia, retirando assim seus pelos e sua autonomia sobre seu corpo.

Manobra de kristeller: consiste em pressionar a parte superior da barriga da gestante, para facilitar ou acelerar a expulsão do bebê. Esta manobra foi banida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pois podem trazer consequências traumatizantes tanto para a mãe quanto para o bebê, como, aumento da necessidade de utilizar fórceps ou ventosa, hematomas na cabeça do

bebê, lacerações na região íntima da mulher, ruptura ou inversão do útero, fraturas da clavícula ou crânio do bebê, lesões nos nervos dos braços do bebê entre outros.

Uso da ocitocina: a ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pela mulher no trabalho de parto, este hormônio faz com que a mesma tenha contrações no útero para a expulsão do bebê. Este hormônio foi sintetizado em laboratório e é utilizado como um meio de auxilio a mulher no trabalho de parto, este pode ser utilizado dentre outros casos, para iniciar o trabalho de parto, quando ele não se inicia normalmente, quando o trabalho de parto não está evoluindo de maneira adequada, ou até mesmo para regular as contrações. A violência obstétrica ocorre nos casos em que é utilizado a ocitocina sem a parturiente saber ou até mesmo para acelerar o trabalho de parto desnecessariamente.

Cesárea desnecessária: cesárea é um tipo de parto em que consiste na retirada do bebê do útero da mãe através de um “parto cirúrgico”. A cesárea deve ocorrer em casos em que a gestante possui algum tipo de problema de saúde, como por exemplo, pressão alta ou diabetes, ou até mesmo quando apresentar complicações no parto normal. Assim, a violência obstétrica só ocorre quando é feita a cesárea desnecessariamente, colocando a vida da mãe e do bebê em risco, uma vez que os mesmos podem pegar infecções hospitalares e o bebê ter complicações respiratórias. A cesárea só vem crescendo no País, pois cada vez mais as mulheres vêm optando por este tipo de procedimento por acharem que é mais seguro tanto para ela quanto para seus bebês, e os médicos de hospitais particulares por conseguir colocar os partos em uma agenda sem ter surpresas no decorrer do seu dia-a-dia com partos em horários inesperados, ou até mesmo indesejados.

Privação de água e comida: é um dos casos mais recorrentes nos hospitais públicos do Brasil, uma vez que privam as mulheres de beberem água ou comer durante todo o trabalho de parto, a justificativa para tal procedimento se dá por que ao se alimentarem ou beber água, a probabilidade de defecarem no momento do parto é maior e o contato do bebê com o instrumento fecal pode causar dano ao mesmo. Contudo, defecar é natural, normal durante o trabalho de parto, uma vez que a parturiente faz muita força para expulsar o bebê de seu ventre. Assim, pode ocorrer que não para a segurança do bebê, mas para não sujar a sala de parto e os profissionais, estes privam as mulheres de se alimentarem ou nutrir-se durante o

parto. Consequências disto é a possibilidade da mãe não conseguir fazer o parto normal por falta de energia e ter que fazer uma cesárea de urgência. Hoje com o advento do parto humanizado, nenhum tipo de alimento ou nutrição para o corpo da mulher é privado e sua autonomia sobre o seu parto é preservada.

Não informação: qualquer tipo de procedimento a ser realizado na parturiente deve ser avisado antes, contudo, alguns profissionais para conforto deles, utilizam procedimentos na mulher sem as comunicar, uma delas entre outras é a utilização de ocitocina para acelerar o parto. Como exemplo, este procedimento aumenta as contrações e as dores do parto, fazendo com que a parturiente sofra mais do que o necessário para um parto natural e saudável.

Diante destes fatores, é muito importante citar uma pesquisa que trouxe dados concretos relativos à violência obstétrica no Brasil, que foi a pesquisa "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado", como se vê à seguir:

> *"Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado"* feita pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, onde aponta que uma em cada quatro mulheres no Brasil sofre violência durante a gestação ou parto. Esta pesquisa também aponta que de 100% das mulheres que tiveram filhos, 68% delas tiveram seus filhos de partos naturais na rede publica e infelizmente 25% delas sofreram de algum de tipo de violência no momento do parto, seja na rede pública ou privada. Dentre as agressões indicadas na pesquisa estão o exame de toque de forma dolorosa; negar algum tipo de alívio para a sua dor; gritar com a mulher; não informá-la de algum procedimento que está sendo feito em seu corpo; amarra-la tirando sua autonomia, negar atendimento, xingá-la ou a humilha-la de alguma forma. (Abramo & SESC, 2010).

É com base nestes dados sociais alarmantes que surgiu o primeiro registro nacional de base epidemiológica voltada ao parto e ao nascimento, que foi realizado e coordenado pela Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz) e com participação de renomadas instituições publicas de ensino e pesquisa. Assim foi criada a pesquisa "Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o parto e nascimento".

Esta pesquisa tem a sua justificativa no parto como um processo mecanizado, nas quais ocorrem inúmeras intervenções médicas, estimulando o crescimento das cesárias no país, e tendo como uma das suas consequências o aumento na taxa de nascimentos prematuros. Assim o estudo procurou conhecer melhor o pré-natal, o

parto, o nascimento e puerpério no Brasil, trazendo à tona a quantidade de mulheres que já sofreram, por muitas vezes caladas, com algum tipo de violência obstétrica, seja durante a gestação ou no momento do parto.

Os principais resultados obtidos pela pesquisa foram assustadores, uma vez que há 52% de cesarianas no Brasil, sendo 46% no Setor Público e 88% no Setor Privado, ou seja, mais da metade das mulheres gestantes optam pela cesárea. Observa-se ainda que a ascensão da taxa de cessarias no país ultrapassa a recomendação da OMS, na qual as cesarianas não poderiam exceder 15% do total de partos, pois estudos internacionais demonstram que há um risco maior na cesariana tanto para a mamãe quanto para o bebê, do que no parto normal.

Diante disto, verifica-se nestes índices que a cesárea esta sendo mais uma opção voltada para as mulheres não querem sofrer no parto, do que de fato a sua necessidade em casos de risco. Assim as mulheres que têm uma condição mais favorável financeiramente, buscam os hospitais privados para terem seus filhos e lá podem optar pelo parto normal ou cesárea, já as mulheres que não têm uma condição financeira melhor, não têm outra opção, a não ser os hospitais públicos, onde por muitas vezes sofrem para ter seus bebês, seja por mau atendimento dos profissionais de saúde ou por más condições nas instalações de atendimento. Assim, consequentemente e normalmente o segundo filho destas mulheres são planejados, buscando o setor privado para fugirem da realidade vivida anteriormente no setor publico.

5- CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica pode trazer vários danos, não só na mãe quanto no bebê, desde o físico ao psicológico. Desta maneira, como um exemplo de dano físico, é o procedimento desnecessário de episiotomia, pois não são todas as mulheres que necessitam ou que apresentem problemas após este “corte”, por isto, em alguns casos o corte pode desenvolver queloides, pois o organismo da mulher teve dificuldade na cicatrização do mesmo, trazendo danos físicos, como sensibilidade e dor no local da cicatriz durante o primeiro ano pós-parto.

Assim, entre as condições desrespeitosas e/ou consideradas como violência durante o ciclo gravídico puerperal foi revelado que a peregrinação das parturientes trouxe repercussões psicológicas, que durante o percurso a vários serviços de saúde até conseguir uma vaga, vivenciaram inúmeros sentimentos negativos, como medo, raiva, estresse, angústia, dentre outros. Tais sentimentos afetaram diretamente a fisiologia do parto, pois em situações de estresse o organismo libera adrenalina e inibe o hormônio ocitocina que tem ação na contratilidade, dilatação e apagamento do colo uterino. Por sua vez, a diminuição desse hormônio faz com que a mulher sinta mais dor durante o processo parturitivo, favorecendo para uma experiência menos prazerosa e tranquila.

Prosseguindo assim, os danos psicológicos podem interferir no relacionamento entre mãe e bebê. Diante disto percebe-se que após um “stress emocional” as pessoas podem gerar “transtornos de Adaptação (TA)” ou “Transtorno de ajustamento”, isto está intimamente ligado à necessidade da pessoa de lidar com algo que ameaça sua harmonia ou equilíbrio interno. Desta maneira diante da vulnerabilidade da mulher durante o trabalho de parto ou medo de confrontar o profissional que a esta agredindo ou, ainda, pela intensidade do evento de stress, o organismo pode ser afetado em sua plenitude com consequências graves para sua saúde física ou mental. Assim o TA pode se manifestar entre 90 a 180 dias após o evento estressante, ou seja, o parto traumático, levando ao aparecimento de depressão e ansiedade, os quais trazem repercussões negativas na saúde materno-neonatal, pois interferem no vínculo e no cuidado com o bebê, na amamentação, dentre outros.

Não tão distante do TA existe outro fator que pode afetar as mulheres no momento do parto o (TEPT) transtorno do estresse pós-traumático, ou seja, ela ocorre quando uma pessoa é vitima ou testemunha de atos ou situações violentas que representam ameaça a sua vida ou a vida de terceiros.

De acordo com Pérsio Ribeiro Gomes de Deus, psiquiatra, diretor técnico de saúde do Hospital Psiquiátrico da Água Funda e médico credenciado pelo Hospital Albert Einstein (CRM-SP: 31.656), descreve no site minha vida quais são os sintomas do TEPT:

> Os sintomas do transtorno do estresse pós-traumático se dividem em categorias principais:

- **Reexperiência traumática:** pesadelos e lembranças espontâneas, involuntárias e recorrentes (flashbacks) do evento traumático revivescência;
- **Fuga e esquiva:** afastar-se de qualquer estímulo que possa desencadear o ciclo das lembranças traumáticas, como situações, contatos ou atividades que possam se ligar às lembranças traumáticas;
- **Distanciamento emocional:** diminuição do interesse afetivo por atividades, pessoas, que anteriormente eram prazerosas, diminuição de afetividade;
- **Hiperexcitabilidade psíquica:** reações de fuga exagerados, episódios de pânico (coração acelerado, transpiração, calor, medo de morrer...), distúrbios do sono, dificuldade de concentração, irritabilidade,
- **Hipervigilância (estado de alerta):** Sentimentos negativos: sentimentos de impotência e incapacidade em se proteger do perigo, perda de esperança em relação ao futuro, sensação de vazio. (Deus).

Diante de tantos fatores que prejudicam a saúde física mental da mulher, percebe-se que uma conduta mal prestada do profissional de saúde no momento ou no processo do parto pode gerar diversas consequências à parturiente, desde um relacionamento negativo entre mãe e bebê até na vida sexual da mulher.

6- LEGISLAÇÕES E SANÇÕES

A Constituição Federal de 1988 traz como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil e consequentemente, do Estado Democrático de Direito, o principio da dignidade da pessoa humana. Como assim dispõe em seu art. 1° parágrafo III:

> “Art. 1°. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III – a dignidade da pessoa humana”. (BRASIL, Constituição Federal de 1988, 1988).

É com base neste artigo, que o Estado assegura a todos os cidadãos brasileiros ou estrangeiros residentes no país a inviolabilidade da dignidade da pessoa humana. Todo o cidadão merece respeito, sem distinção de raça, cor ou religião, todos, exatamente todos, devem respeitar uns aos outros. Diante disto, como o tema desta pesquisa envolve profissionais de saúde e sua atuação no meio ambiente de trabalho, entende-se que o tratamento destes para com seus pacientes

deve obedecer este principio, uma vez que ambos os lados em um relacionamento social devem respeito entre si. Todos os atos que tornem o convívio entre os dois lados desumano ou degradante, com falta de respeito, e que não tenham condições mínimas para um relacionamento com dignidade, não serão permitidos, e quem violar este principio sofrerá a sanção cabível.

Adiante ainda na Constituição Federal de 1988, em seu art. 5°, caput, assegura a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país o direito a vida, liberdade, igualdade entre outros. Como assim expressa à norma abaixo:

> “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)”. (BRASIL, Constituição Federal de 1988, 1988).

Diante disto, o Estado assegurado a todos o direito á liberdade de escolha como um rol de direitos e garantias individuais, que dentro deste contexto, é a liberdade que os pacientes têm de escolher dentre as opções existentes qual a melhor para ele. Indo mais além se têm ainda o direito a vida e a igualdade, princípios estes que devem ser cumpridos e respeitados em um ambiente hospitalar, uma vez que os profissionais estão lidando, neste caso, com a vida da mãe que já é detentora de direitos e a um novo possuidor de direitos, sendo neste caso o nascituro, que nascendo com vida adquire personalidade jurídica, e com isso os direitos contidos neste Estado. Enfim, o país nos deu a liberdade de escolha, o direito a vida e a tratamento igual a todos, e estes princípios não devem ser violados ou privados de qualquer cidadão.

Adiante ainda se têm o principio da legalidade que nada mais é do que o dever de todos os cidadãos de cumprir a lei, como assim expressa o art. 5°, II, da Constituição Federal de 1988 abaixo:

> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
>
> II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei. (BRASIL, Constituição Federal de 1988, 1988).

Diante disto, cabe aos profissionais de saúde respeitar as normas que lhes são impostas para o exercício responsável da profissão. Uma vez que lhe dão com seres humanos detentores de direitos e respeito, assim como é dever do paciente tratar com respeito e dignidade os profissionais de saúde. É com base na boa reciprocidade que a sociedade pode caminhar para o exercício da dignidade da pessoa humana em todos os seus aspectos.

Considerando todos os princípios constitucionais abarcados anteriormente, entende-se que nenhum cidadão pode ser constrangido ou submeter-se com risco de vida a algum procedimento médico, como assim explanado pelo art. 15 do CC/02 abaixo:

> “Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” (BRASIL, Constituição Federal de 1988, 1988).

É com base nisto, na constituição e no código civil que qualquer que seja a intervenção feita em um organismo humano deve ser esclarecido ao paciente todas alternativas, bem como suas consequências, vantagens e desvantagens de cada uma das opções, para, que somente depois de totalmente informado e esclarecido, poder optar livremente e autorizar o médico a realizá-la. Desta maneira, sendo dever do médico informar, e direito do paciente escolher e decidir.

Considerando que ainda a legislação brasileira não possui uma lei especifica que aborde o tema “violência obstétrica”, há, no entanto, outras hipóteses previstas na lei civil, penal, administrativa, resolução normativa e etc., que pune os profissionais, hospitais e planos de saúde, pela má conduta durante a gestação, o processo de parto ou no próprio parto, não deixando assim as pessoas mercê dos maus profissionais, que prestam maus atendimentos.

Diante disto, a Constituição Federal de 1988, na Seção II, direcionada ao serviço público de Saúde em seu art. 198, traz as condições para promoção, proteção, organização, funcionamento e recuperação dos serviços públicos de saúde. Com base nisto que, criou-se a lei federal 8.080/90 que é a lei do SUS (Sistema Único de Saúde), trazendo em seu bojo garantias como, o atendimento sem preconceitos, preservação da autonomia da vontade do paciente em defesa de

sua integridade física e moral e o direito à informação adequada, clara, completa, concisa, compreensível e objetiva. Como assim aduz abaixo, o art. 7°, em seus parágrafos II, III e V da lei supracitada:

> Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (…)
>
> II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;(…)
>
> III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;(…)
>
> V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde. (BRASIL, LEI Nº 8.080/90, 1990).

Com base nisto, caso ocorra algum dano em que tenha sido sem o consentimento do paciente, ou omissão por parte do profissional sobre as consequências da intervenção, poderá diante disto a constituição federal, o código civil e o código de defesa do consumidor assegurar a reparação do dano causado pelo agente causador, seja por danos morais e ou materiais. Como assim é possível aferir nos dispositivos a seguir:

Verifica-se no art. 5°, inciso X, a seguinte disposição: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. (BRASIL, Constituição Federal de 1988, 1988).

Já o Código Civil, por sua vez, prevê a reparação do dano nos seus artigos 186, 187 e 927. “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” e “Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”. (BRASIL, Código Civil de 2002, 2002).

Ainda o Código de Defesa do Consumidor (CDC) aduz em seu art. 14 que “O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.”. (BRASIL, Código de Defesa do Consumidor, 1990).

É importante ressaltar que o fornecedor de serviços não será responsabilizado se, quando tendo prestado o serviço, o defeito inexiste; ou a culpa exclusiva do

consumidor ou de terceiro, de acordo com o art. 14 § 3°, do CDC/1990. (BRASIL, Código de Defesa do Consumidor, 1990).

Adiante, cabe ressaltar que os contratos de plano de saúde também responderão conforme previsão no CDC, como assim orienta a súmula 469 do STJ que diz: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”. (Súmula 469, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/11/2010, DJe 06/12/2010).

Ainda sim, é de grande relevância ressaltar que é de entendimento jurisprudencial a responsabilidade solidária entre o plano de saúde e os hospitais/médicos credenciados. Assim como explanado no acórdão 937711:

> As operadoras do plano de saúde, na qualidade de fornecedoras de serviço, respondem perante o consumidor pelos defeitos em sua prestação, seja quando os fornece por meio de hospital próprio e médicos contratados ou por meio de médicos e hospitais credenciados. A responsabilidade é objetiva e solidária." (Acórdão 937711, Maioria, Relator Designado: FLAVIO ROSTIROLA, 3ª Turma Cível, Data de Julgamento: 27/4/2016).

Outro acórdão de suma importância aborda a responsabilização tanto do profissional liberal “médico”, quanto do hospital, assim como aduz o acórdão abaixo:

> No tocante ao segundo réu, por se tratar de profissional liberal prestador de serviço, sua responsabilidade é subjetiva, sendo imprescindível, portanto, além da prova da conduta, do resultado e do nexo de causalidade, a prova da culpa (CDC, art. 14, § 4º). E os hospitais, na qualidade de fornecedores de serviços, respondem objetivamente por danos causados ao consumidor na realização do serviço prestado (CDC, art. 14). As operadoras do plano de saúde, na qualidade de fornecedoras de serviço, respondem perante o consumidor pelos defeitos em sua prestação, seja quando os fornece por meio de hospital próprio e médicos contratados ou por meio de médicos e hospitais credenciados (CDC, arts. 2º, 3º, 14 e 34). Essa responsabilidade é objetiva e solidária. Ao credenciarem os hospitais, as operadoras de plano de saúde estabelecem com esses convênios. Os serviços de saúde, prestados diretamente pelos hospitais, são custeados pelas operadoras do plano que, por sua vez, são remuneradas pelas mensalidades pagas pelos usuários. Se integram a cadeia de prestação de serviços, respondem, juntamente

> com os hospitais credenciados, de forma solidária, por danos causados ao consumidor na realização do serviço prestado (CDC, arts. 3º, § 2º, 14 e 34). O e. STJ reconhece que há solidariedade entre a operadora de saúde e o médico credenciado, afastando qualquer exceção ao sistema de solidariedade.". (Acórdão 929312, Unânime, Relator: JAIR SOARES, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 16/3/2016).

Outros acórdãos representativos a respeito da matéria:

- Acórdão 987331, Unânime, Relator: JOSÉ DIVINO DE OLIVEIRA, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 7/12/2016;
- Acórdão 985789, Unânime, Relator: SILVA LEMOS, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 26/10/2016;
- Acórdão 894571, Unânime, Relator: TEÓFILO CAETANO, 1ª Turma Cível, Data de Julgamento: 16/9/2015;
- Acórdão 893196, Unânime, Relatora: MARIA DE LOURDES ABREU, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 26/8/2015.

Desta maneira entende-se que o hospital e o plano de saúde responderão de maneira objetiva e solidária, pelo código de defesa do consumidor, sendo nestes casos necessário apenas provar o dano e o nexo de causalidade. Entretanto o medico responderá de maneira subjetiva na qual a suposta vitima devera comprovar a conduta culposa, o resultado e o nexo de causalidade.

Nesse sentido, para comprovar os danos causados a paciente gestante, faz-se necessário o acesso ao prontuário médico, este que deve conter todos os procedimentos feitos na gestante durante e depois do parto para eventual ação contra o hospital, o plano de saúde e o medico. Desta maneira faz-se necessário destacar que o prontuário é um documento pertencente paciente, e a divulgação do seu conteúdo implica infração grave ao direito à intimidade, a vida privada e à própria imagem do paciente, conforme consagrado nos incisos V e X do art. 5° da Constituição da República.

Portanto, as informações contidas no prontuário só podem ser fornecidas com o expresso consentimento do paciente ou de seu representante legal, ou por determinação legal. Este sigilo se baseia além da constituição federal, no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº. 1.931/09), nos seus artigos n°. 102 e 108 que preceitua:

> É vedado ao médico:
>
> Artigo n°. 102 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.
>
> É vedado ao médico:
>
> Artigo n°. 108 – Facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso. (Medicina, Código de Ética Médica, 2009).

Assim nesse sentido conclui-se que o hospital não pode negar ao paciente o conhecimento do conteúdo do seu prontuário médico. Uma vez que se encontram ali informações inerentes a ele e a procedimentos que foram realizados nele.

Ainda na seara do profissional liberal “médico”, este para exercer a profissão da medicina deve estar registrado no CRM segundo o art. 17 da lei 3.268/57. O exercício da medicina encontra-se regulamentado pela lei do ato médico, que é a lei 12.842/13, é estabelecido que apenas o médico, e cabe a ele privativamente o direito de estabelecer o diagnostico e prescrever os tratamentos para as questões de saúde.

Nesse contexto o código de ética médica, traz toda a diretriz que o medico deve observar para o exercício da medicina. Assim no exercício do ato médico em si, este deve respeitar o paciente, passar todas as informações para o mesmo, e tem que respeitar primordialmente a vontade do paciente, seguindo todos os parâmetros estabelecidos pelo código de ética médica e do exercício da medicina.

Diante deste contexto de atuação do médico, a violência obstétrica se caracteriza como uma espécie do gênero Erro médico. Podendo o mesmo ser responsabilizado na esfera civil, que implica no pagamento de uma indenização. Na esfera administrativa que implica em um processo administrativo perante o conselho regional de medicina, e dependendo do grau de gravidade pode ate culminar na cassação do seu registro para o exercício da medicina. E também pode ser responsabilizado na esfera penal, na espécie de lesão corporal.

Seguindo nesta linha de raciocínio, em que todo paciente deve ser tratado com respeito e dignidade que a (OMS) Organização Mundial de Saúde, no ano de 2004

com base na legislação pátria, internacional e através de inúmeras denúncias relatadas pelas gestantes de que ocorreram abusos por parte dos profissionais de saúde, fez uma declaração sobre “Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o Parto em Instituições de Saúde”, esta declaração têm por base relatos sobre:

> O desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. (saúde, 2004).

Assim a OMS busca pela conscientização da violência obstétrica e apoio desde os entes governamentais, até as próprias vitimas deste tipo de violência.

A Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, acrescentou o capítulo VII na lei 8.080/90 lei do SUS (Sistema Único de Saúde), que trouxe uma segurança maior para as gestantes, uma vez que se faz obrigatório a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto nos serviços de saúde do SUS, sendo esta pessoa indicada pela parturiente. Como assim, se expressa o art. 19 - J da norma supracitada:

> 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.
>
> § 1° O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.
>
> § 2° 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, Capítulo VII, 2005).

Com o advento desta norma a gestante fica mais tranquila na sala de parto, sabendo que têm alguém que ela conhece e que é de sua confiança, para além de ajuda-la emocionalmente no trabalho de parto, poder observar todos os procedimentos que nela e no seu bebê foram feitos, para acaso ocorra algum dano servir de testemunha da violência sofrida.

Adiante existe duas Portarias do Ministério da Saúde nº 1.067 – GM, de 4 de julho de 2005, e nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. A portaria 1.067/05 diante das situações da atenção obstétrica e neonatal no Brasil trouxe em sua portaria meios de proteger a gestante e parturiente, para que tenham um atendimento digno e humanizado nos serviço público de saúde (SUS). Assim em seu artigo 2° a portaria estabelece os princípios e diretrizes para a estruturação de sua Política, como é elucidado abaixo:

> Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:
>
> I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
>
> II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
>
> III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
>
> IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
>
> V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
>
> VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
>
> VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e
>
> VIII toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05. (Ministério da Saúde, 2005).

Como explanado acima, esta portaria dentre os seus outros artigos, trouxe ainda mais direitos a um bom atendimento a gestante e parturiente do que se imaginava. Diante de tantos princípios assecuratórios é que se prioriza a saúde e o bem estar tanto da mamãe quanto do seu bebê.

Adiante temos a outra portaria do Ministério da saúde a 1.820 de 13 de Agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Trazendo desta maneira, várias diretrizes de como o atendimento deve ser realizado de forma humanizada, com tratamento adequado, de qualidade e no tempo certo.

Ainda por incentivo do Ministério da Saúde criou-se “O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento”, instituído através da Portaria/GM n° 569, de 1/6/2000, que têm por direcionamento a necessidade de dar uma atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Assim este programa se estrutura nos seguintes princípios:

> *Toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; Toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; e Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura*. (Saúde, 2002).

Este programa veio para dar uma maior atenção e humanização durante a gestação, o parto e o pós-parto. Trazendo consigo conceitos e diretrizes de humanização, requerendo uma atitude mais ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e das instituições.

Por fim e não menos importante, se faz necessário explanar sobre a lei sancionada pelo governador de Santa Catarina, João Raimundo Colombo, a Lei nº 17.097, sendo esta a lei pioneira a abordar o tema “violência Obstétrica”. Apesar de esta lei dispor de apenas de 9 artigos, ela é de suma importância para o acesso a informação dos direitos das gestantes da cidade de Santa Catarina.

Diante disto, adentrando no contexto da referida lei, esta dispõe sobre medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal neste estado.

Esta lei traz o conceito de violência obstétrica em seu art. 2°, assim como aduz abaixo;

“Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”. (CATARINA, 2017).

Bem como, as condutas consideradas ofensivas seja verbal ou física, dentre outras condutas citadas em seu art. 3°, abaixo:

> *Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dente 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 (...).* (CATARINA, 2017).

Além de trazer, a necessidade de elaboração de cartilhas em uma linguagem simples e acessível a todas as classes sociais e níveis de escolaridade, contendo nelas os direitos das gestantes e parturientes, propiciando o acesso à informação e a esclarecimento necessário para um atendimento hospitalar digno e humanizado em todos os níveis sociais.

7- CASOS REAIS

> "Eu morria de sede. Às nove ou dez da noite, tudo que eu pedia, aos berros, era um copo d'água. Mas a doutora negou. Ríspida, grosseira e com a cara enfiada no meio das minhas pernas. Disse que podia fazer mal depois, na hora de nascer." - depoimento anônimo ao projeto "1:4 retratos da violência obstétrica". (Bueno)

> "Ela empurrou a cabeça da bebê de volta pra dentro. Eu dizia pra ela parar, porque a cabeça já havia coroado; ela me disse que eram normas do hospital, e eu não entendia o que ela queria dizer com aquilo." - depoimento anônimo ao projeto "1:4 retratos da violência obstétrica". (Bueno).

> "O bebê estava para nascer, por parto normal. A equipe optou pela cesárea e se recusou a chamar a médica que me atendia. Não me deram explicações. Avisei que a anestesia não pegou. Mesmo assim, fizeram a cesárea. O anestesista puxava meu cabelo para eu não desmaiar de dor". Joyce Guerra, deficiente visual, em depoimento à revista Época. (Bueno).

> "Não permitiram a entrada do meu marido na sala de parto. Quando as dores e contrações começaram ouvi 'na hora de fazer, não gostou?' e 'não grita, vai assustar as outras mães'." - Kelly de Oliveira Mafra, em depoimento à revista Época. (Bueno).

8- CONCLUSÃO

Diante de tudo que foi mencionado e explanado neste trabalho, conclui-se que é muito importante o combate efetivo e direto das más condutas dentro dos serviços de saúde, seja público ou privado.

Com base nisso faz-se necessário à implantação de politicas públicas de conscientização em todos os níveis sociais, para mostrar que a violência obstétrica existe, e de diversas formas, e que existem sanções a serem impostas a quem os fizer, bem como o direito da parturiente de pedir o ressarcimento pelo dano sofrido dentro dos serviços de saúde. Uma vez que a classe social mais atingida por este tipo de violência é a classe baixa, que por sua vez só passa por tais atos degradantes por falta de conhecimento. Para que com o acesso a este tipo de informação, as mulheres gestantes tenham mais atendimento sem preconceitos, e que preservem sua autonomia da vontade da melhor forma de se dar a luz. Buscando sempre pela defesa de sua integridade física e moral, tendo sempre os seus direitos garantidos e respeitados por todos os profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho.

Nesse sentido, uma vez que o conhecimento chega a todos os níveis sociais, os índices de violência obstétrica diminuirão e os de cesárea também, pois, com o conhecimento a respeito das duas matérias, as mulheres e seus acompanhantes ficarão mais atentos aos procedimentos feitos dentro do ambiente hospitalar, bem como saberão que o parto normal apresenta menos risco a vida da mãe quanto à do bebê.

Por outro lado, tendo em vista as várias esferas possíveis para penalização dos agentes que praticam tal violência, faz necessária a criação de uma lei especifica que aborde o tema, para que não deixe mais margem de erro ou dúvida quanto ao que se caracteriza “violência obstétrica”, uma vez que na nossa legislação atual ainda não há uma definição específica do que é este tipo de violência, tendo-se hoje apenas conceitos, e o que se consegue extrair disto é algo que fere a autonomia da mulher e que viola os direitos sexuais reprodutivos dela.

É uma lastima o ser humano precisar de uma norma para que seja respeitado, contudo, como se trata de um país organizado por leis, se faz necessário comprimir o tema em apenas uma legislação e ter ampla divulgação desta, como assim, por exemplo, foi feito na “Lei Maria da Penha”, onde é uma forma de violência contra a mulher, que foi amplamente divulgado e hoje a maior parcela da sociedade faz conhecimento dela, para que só assim a sociedade se dê conta de que esta violência ocorrida dentro dos hospitais existe e precisa ser erradicada.

Ainda sim, cabe ressaltar que as normas já existentes são esparsas demais, podendo causar confusão quando se fala do referido tema, pois é aberto demais. O que se trata aqui, não é a falta de legislação e sim a organização dela em um compêndio, em uma nova norma que traz em seu conteúdo conceitos e sanções como assim foi feito pelo Governador de Santa Catarina, João Raimundo Colombo que sancionou a Lei nº 17.097 que diz sobre o referido tema, trazendo em um único campo, ou seja, em uma única norma, a definição e as formas consideradas como violência obstétrica, bem como suas sanções.

Por fim, diante de tudo que fora explanado neste trabalho, chega-se a conclusão de que não falta legislação para punir o desrespeito e a falta de humanização nos ambientes hospitalares, pois as sanções existem, porém se encontram esparsas demais, e quem não tem a orientação certa, acaba por não saber em quais esferas poder entrar, pois o tema nem se quer existe no mundo jurídico, caí em outros ramos como Erro médico, responsabilidade solidária, objetiva e subjetiva, mas não no tema propriamente dito.

Diante disto, o que se consegue ver é, que ainda temos muito que evoluir a respeito deste tema, que apesar de ser novo, há anos as mulheres vêm sofrendo com atos abusivos, considerados por elas procedimentos normais, mas que na verdade são condutas desnecessárias praticadas contra a mulher e contra o seu bebê.

Ainda vale dizer, que apesar de tudo, vem crescendo o número de mulheres que tomam consciência de tais atitudes agressivas por parte dos profissionais, prova disto, é que diante da pesquisa realizada para elaboração deste trabalho, é que existem vários sites, revistas, cartilhas, blogs, de pessoas falando a respeito do tema. Inclusive existe um aplicativo chamado “Parto humanizado” que serve como uma ferramenta para combater a violência obstétrica.

Mas mesmo assim, mesmo diante da globalização e informatização, ainda há muitas pessoas que desconhecem seus direitos, neste sentido e como já mencionado anteriormente, tem-se muito a evoluir ainda no quesito publicidade dos direitos inerentes das mulheres gravidas e seus bebês.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10- (ENSP-Fiocruz), E. N. (Outubro de 2012). *Nascer no Brasil - Fiocruz* . Acesso em 30 de 10 de 2017, disponível em Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/

11- Abramo, F. P., & SESC. (Agosto de 2010). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados. pp. 1 - 301.

12- Amyuni, S. (13 de Abril de 2014). *Globo.com*. Acesso em 08 de Novembro de 2017, disponível em G1 Globo noticias São Carlos e Araraquara: http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2014/04/denunciar-violencia-obstetrica-e-o-1-passo-para-reduzir-casos-diz-medica.html

13- Artemis, N. E. (15 de 05 de 2015). A violência obstétrica você sabe o que é? . *Violência Obstétrica*, 1 - 2.

14- Balogh, G. (6 de Jul de 2016). *Entenda quem são os profissionais da sala de parto*. Acesso em 16 de Set de 2017, disponível em Mães de Peito: http://www.maesdepeito.com.br/entenda-quem-sao-os-profissionais-na-sala-de-parto/

15- Balogh, G. (15 de Fev de 2016). *O que é violência obstétrica; saiba de você foi vítima*. Acesso em 13 de Set de 2017, disponível em Mães de Peito: http://www.maesdepeito.com.br/o-que-e-violencia-obstetrica-saiba-se-voce-foi-vitima/

16- BASBAUM, C. (24 de Outubro de 2016). *Qual a diferença entre o parto normal e o humanizado?* Acesso em 27 de Setembro de 2017, disponível em minha vida: http://www.minhavida.com.br/familia/materias/20279-qual-a-diferenca-entre-o-parto-normal-e-o-humanizado

17- Bebês, P. (s.d.). *Parto a Fórceps – Como fuciona? – Confira os TIPOS de Parto*. Acesso em 10 de Ago de 2017, disponível em Portal bebês: http://portalbebes.net/parto-a-forceps-vacuo-extrator/

18- BRASIL. (7 de Dez de 1940). Código Penal. *DECRETO-LEI No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.*

19- BRASIL. (5 de Out de 1988). Constituição Federal de 1988. *CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988*.

20- BRASIL. (11 de Set de 1990). Código de Defesa do Consumidor. *LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990.*

21- BRASIL. (19 de Setembro de 1990). LEI Nº 8.080/90. *LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.*

22- BRASIL. (10 de Jan de 2002). Código Civil de 2002. *LEI No 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002.*

23- BRASIL. (7 de Abr de 2005). Capítulo VII. *LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.*

24- Brasil, B. (s.d.). *Episiotomia: entenda e saiba como evitar*. Acesso em 7 de Ago de 2017, disponível em BabyCenter Brasil: https://brasil.babycenter.com/a700442/episiotomia-entenda-e-saiba-como-evitar

25- Bueno, M. (s.d.). *VIX - Violência obstétrica: 8 relatos fortes e chocantes de quem passou por isso*. Acesso em 08 de Novembro de 2017, disponível em VIX: https://www.vix.com/pt/bdm/bebe/violencia-obstetrica-8-relatos-fortes-e-chocantes-de-quem-passou-por-isso

26- Canal, R. (13 de Maio de 2015). *ANADEM - Termo de Consentimento Esclarecido e o Dever de Informação*. Acesso em 08 de 11 de 2017, disponível em ANADEM - Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética: http://anadem.org.br/site/termo-de-consentimento-esclarecido-e-o-dever-de-informacao/

27- Carvalho, I. C. (14 de Jan de 2008). *Aplicativo "Parto humanizado" serve para combater a violência obstétrica.* Acesso em 1 de Nov de 2017, disponível em Migalhas: http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI52062,11049-Prontuario+medico+e+informacoes+sigilosas+impossibilidade+de

28- CATARINA, S. (17 de Jan de 2017). Violência Obstétrica. *LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017*.

29- Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L., et al. (2012). *Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor" .* Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa.

30- Cyscheffer. (28 de Fev de 2013). *Tricotomia–da série Rotinas do Parto "Normal": o que eles fazem por você que mais atrapalha do que ajuda.* Acesso em 10 de Jul de 2017, disponível em Criaminha: https://criaminha.wordpress.com/2013/02/28/tricotomiada-srie-rotinas-do-parto-normal-o-que-eles-fazem-por-voc-que-mais-atrapalha-do-que-ajuda/

31- *Desenvolvimento: tipos de partos*. (02 de 11 de 2015). Acesso em 23 de 10 de 2017, disponível em Lests Family: https://letsfamily.com.br/desenvolvimento/tipos-de-partos-cesarea-natural-normal-humanizado-forceps/

32- Deus, P. R. (s.d.). *minhavida: Transtorno do estresse pós-traumatico: sintomas, tratamentos e causas*. Acesso em 08 de Novembro de 2017, disponível em minhavida: http://www.minhavida.com.br/saude/temas/transtorno-do-estresse-pos-traumatico

33- DIAS, M. A. (fevereiro de 2006). Tese apresentada ao Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ como pré requisito para a obtenção do grau de doutor. *Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas do Cotidiano de uma Maternidade Pública*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

34- DINIZ, S. G., & Duarte, A. C. (2004). *Parto normal ou cesárea?* São Paulo: UneSP.

35- Documento Oficial Declaração Universal dos Direitos do Homem. (s.d.). *O que são os direitos humanos?*, pp. 1-5.

36- Family, L. (s.d.). *Tipos de Partos: Cesárea, Natural, Normal, Humanizado e Fórceps*. Acesso em Out de 10 de 2017, disponível em Let's Family: https://letsfamily.com.br/desenvolvimento/tipos-de-partos-cesarea-natural-normal-humanizado-forceps/

37- FARIA, A. C. (2011). O Direito a Integridade Física, Psíquica e Moral e a Pena Privativa de Liberdade. *Instituto Toledo de Ensino*, 1-20.

38- Faria, A. C. (s.d.). O Direito a Integridade Física, Psiquica e Moral e a Pena Privativa de Liberdade. *O Direito a Integridade Física, Psiquica e Moral e a Pena Privativa de Liberdade*, pp. 1-20.

39- Marcos Augusto Bastos Dias. (Fev de 2006). Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade

Pública. *Tese de Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança*, pp. 1-283.

40- Medicina, C. F. (2009). Código de Ética Médica. *CFM nº 1.931/2009*.

41- Medicina, C. F. (17 de Setembro de 2009). *Código de Ética Médica Resolução CFM n° 1.931/09.* Acesso em 08 de Novembro de 2017, disponível em Portal do Conselho Federal de Medicina: https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf

42- Medicina, C. F. (17 de Março de 2017). *Conselho Federal de Medicina*. Acesso em 3 de Outubro de 2017, disponível em https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26785:2017-03-17-18-16-24&catid=3

43- Medicina, C. F. (3 de Janeiro de 2017). *Portal do direito a saúde*. Acesso em 4 de Novembro de 2017, disponível em Saúdejur: https://saudejur.com.br/parecer-esclarece-aspectos-eticos-da-decisao-de-via-de-parto/

44- Mello, I. M. (2008). *Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais.* São Paulo.

45- Ministério da Saúde. (4 de Jul de 2005). Estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Portaria 1.067 de 4 de julho de 2005*.

46- Murayama, B. (8 de Jan de 2014). *Entenda como a ocitocina sintética é usada no parto normal*. Acesso em 16 de Nov de 2017, disponível em Minha Vida: http://www.minhavida.com.br/familia/materias/17193-entenda-como-a-ocitocina-sintetica-e-usada-no-parto-normal

47- notícias, R. (11 de Outubro de 2017). *Sobre notícias saúde R7*. Acesso em 08 de Novembro de 2017, disponível em Notícias R7: https://noticias.r7.com/saude/caso-de-mulher-que-leva-arma-para-se-proteger-no-parto-choca-saiba-como-denunciar-violencia-obstetrica-11082017

48- Santos, B. P., & Pontes, M. T. (2007). Enfermagem Creare Center. *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E FÍSICAS*, pp. 1 - 2.

49- Saúde, M. d. (2002). PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO, Humanização no pré-natal e nascimento. *BVSMS SAUDE*, 1 - 28.

50- saúde, O. M. (2004). Declaração da OMS. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Human reproduction programme.

51- Saúde, O. M. (2014). *Prevenção e Eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde.*

52- Saúde, T. (s.d.). *Entenda os riscos da manobra de Kristeller durante o parto*. Acesso em 20 de Nov de 2017, disponível em Tua saúde: https://www.tuasaude.com/manobra-de-kristeller/

53- Steck, J. M. (15 de Mar de 2016). *Congresso Combate a Violencia Obstetrica*. Acesso em 13 de Set de 2017, disponível em Senado Notícias: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/03/15/congresso-combate-violencia-obstetrica