



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

VITORIA FERMINO VIANA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

TIPO DE VIOLÊNCIA QUE IMPACTAM MULHERES DO BRASIL TODO PELO FATO DE ATITUDES DESRESPEITORAS RELACIONADAS A ESTERÓTIPOS DO QUE A MULHER DEVE OU NÃO FAZER.

**Assis/SP
2021**



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

VITORIA FERMINO VIANA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

TIPO DE VIOLÊNCIA QUE IMPACTA MULHERES DO BRASIL PELO FATO DE ATITUDES DESRESPEITORAS RELACIONADAS A ESTERÓDIPOS DO QUE A MULHER DEVE OU NÃO FAZER.

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de direito do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientanda: Vitória Fermino Viana
Orientador: Jesualdo Eduardo de Almeida Junior

Assis/SP
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

V614v VIANA, Vitória Fermino
do Violência obstétrica: tipo de violência que impactam mulheres
do Brasil todo pelo fato de atitudes desrespeitosas relacionadas a estereótipos do que a mulher deve ou não fazer / Vitória Fermino Viana. – Assis, 2021.

34p.

Trabalho de conclusão do curso (Direito). – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientador: Dr. Jesualdo Eduardo de Almeida Júnior

1. Violência obstétrica 2. Violência-gestante 3. Abuso físico

CDD 342.16252

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

TIPO DE VIOLÊNCIA QUE IMPACTA MULHERES DO BRASIL TODO PELO FATO DE ATITUDES DESRESPEITORAS RELACIONADAS A ESTERÓTIPOS DO QUE A MULHER DEVE OU NÃO FAZER.

VITORIA FERMINO VIANA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, avaliado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: _____
Jesualdo Eduardo de Almeida Junior

Examinador: _____
Hilário Vetore Neto

DEDICATÓRIA

Antes de mais nada, dedico este presente trabalho primeiramente à Deus que me ajudou e me amparou nesta caminhada até aqui, mesmo com tantas dificuldades encontradas ao longo do caminho. Agradeço à minha mãe, Odete, por todo o esforço e dedicação que teve aos longos desses anos para me criar e me educar para que eu me tornasse a pessoa que sou nos dias de hoje, e por estar sempre batalhando todos os dias para permitir com que eu conclua essa formação, pois sem seu esforço isso não seria possível. Quero dedicar aos meus padrinhos, Ângela e Roberto, por todas as vezes que estiveram ao meu lado cumprindo o papel de segundo pai e segunda mãe, e por mais que o meu padrinho, Roberto, não esteja entre nós, tenho certeza de que ele sempre estará torcendo pela minha felicidade e pelas minhas conquistas assim como minha madrinha que está sempre ao meu lado me apoiando. Agradeço ao meu pai, Gilberto e minha madrasta Loide, que mesmos à muitos quilômetros distantes me deram forças para concluir este trabalho e não me permitiram desistir de alcançar meus objetivos. Dedico este trabalho a minha prima Aline, que me ajudou ao longo do trabalho com sua sabedoria e inteligência me dando conselhos e me acalmando para que o trabalho ficasse bom. Em especial, agradeço minha família que esteve comigo ao longo destes anos me apoiando e me aconselhando que por mais que a dificuldade fosse grande, sempre iria conseguir passar por cima e enfrentar todos os obstáculos, minha eterna gratidão a vocês.

Dedico este trabalho as minhas amigas que me inspiraram, acompanharam e sempre compartilharam todo este processo comigo, especialmente minhas amigas Milena e Rafaela, por estarem sempre comigo e estarem sempre disponíveis para me ajudar e consolar quando eu pensava que todos os meus objetivos e conquistas estavam distantes demais. Por fim, agradeço aos meus professores por todo carinho, paciência e compreensão durante estes anos, além de estarem dispostos a nos ajudar e nos inspirarem a serem grandes profissionais como eles são atualmente, respeitando sempre todos os valores. Em especial, agradeço ao professor Jesualdo, por ter me ajudado com suas orientações, por sempre ter total paciência e compressão. Gratidão a vocês que acompanharam esta jornada até aqui, sem vocês este trabalho não teria sido possível, vocês são meu espelho que me fortalecem e me engradecem.

“Procure ser um homem de valor,
em vez de ser um homem de sucesso.”

Albert Einstein.

RESUMO

Em decorrência do aumento da violência que a mulher sofre ao longo da gestação e/ou na hora do parto, quando procuram por serviços de saúde para garantir que seus direitos sejam exercidos no momento da maternidade, onde estes são negados a elas mesmo estando em um momento tão importante de suas vidas. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar os efeitos causados pela violência obstétrica na vida de centenas de mulheres, onde o abuso físico e psicológico é responsável pelas lembranças traumáticas onde estão ligados a estereótipos de que a mulher deve ou não fazer. Visto que, profissionais da saúde, se sentem na posição de “ensinar uma lição” à uma mulher que foge de um “novo normal”.

Palavras-chave: Violência obstétrica; abuso físico e psicológico; direito da gestante.

ABSTRATIC

As a result of the increase in violence that women suffer throughout pregnancy and/or at the time of childbirth, when they seek health services to ensure that their rights are exercised at the time of motherhood, where these are denied to them even though they are in a so important moment in their lives. The present work aims to demonstrate the effects caused by obstetric violence in the lives of hundreds of women, where physical and psychological abuse is responsible for traumatic memories, which are linked to stereotypes of what women should or should not do. Whereas, health professionals feel in a position to 'teach a lesson' to a woman fleeing a 'new normal'.

Keywords: Obstetric violence; physical and psychological abuse; pregnant woman's right

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA OBSTETRÍCIA	12
2.1. A RELAÇÃO ENTRE O MÉDICO E A PACIENTE A ATUAÇÃO DAS REDES DEMOCRÁTICAS DE APOIO A GESTANTE.....	16
2.2. CONQUISTAS DE DIREITOS DA PARTURIENTE	18
3. IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	20
3.1. PARTO HUMANIZADO	22
3.2. RELATOS POR MÃE QUE RETRATARAM A REALIDADE NA MATERNIDADE BRASILEIRA	23
4. O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	26
4.1. COMO DENUNCIAR	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6. REFERÊNCIAS	32

1.INTRODUÇÃO

A partir do momento em que a mulher descobre que vai ser mãe, desejada ou não, a criança gerada passa a ser o centro das atenções para todos. Tudo o que é feito, comprado, desde roupinhas até alimentação é pensado apenas no bebê. Livros, artigos, notícias são lidos a todo momento. O medo é constante, a segurança é enorme, sempre a principal preocupação é se o bebê está bem e saudável,

A trajetória após o descobrimento da gravidez começa com a procura do médico para realizar o acompanhamento dos nove meses de gestação, parto e pós parto, sendo responsável pelos exames e tratamentos para o saudável desenvolvimento do feto sem que a saúde da mãe seja afetada.

Após as quarenta semanas de gestação, vem o tão esperado momento do parto, um sonho que vem sendo planejado ao longo dos nove meses. Um parto saudável, lindo e humanizado é ansiado pela parturiente e pelos seus amigos e familiares que a acompanharam todo esse tempo para conhecer o bebê. Mas, muitas das vezes, essas expectativas geradas ao longo das semanas de gestação não são cumpridas, e a experiência vivenciada pelas gestantes não é da forma como ela imaginou e as lembranças, que deveriam ser as melhores possíveis já que é um dos momentos mais lindos na vida de uma mulher se tornam lembranças tristes, lamentáveis e difíceis de lidar a ponto de quererem somente esquecer todo aquele momento de tensão vivido na hora do parto.

Embora que por muito anos as práticas que geram traumas na hora do parto ou pós-parto tenha sido mantida no atendimento a parturiente, atualmente se discute a respeito deste tipo de tratamento e da verdadeira necessidade de algumas intervenções realizados de forma rotineira pelos médicos e profissionais da saúde, sendo assim, dado ao nome que verdadeiramente lhes cabe: violência obstétrica.

A violência obstétrica, além de causar danos físicos e psicológicos a gestante, expõe a parturiente e o bebê um grande risco de morte, onde recomendações dos órgãos de saúde não são reconhecidos pela equipe médica.

Sendo assim, a partir do momento em que o entendimento de que a violência no parto é caracterizada como um tipo de violência contra a mulher e uma violação dos direitos humanos, desenvolvo esta monografia com o objetivo de expor esta questão ainda não muito conhecida no Brasil, mas que aos poucos, é cada vez mais comentada e está a caminho para uma resposta legislativa.

A presente monografia está dividida em três partes. Na primeira parte, abordo as questões históricas da obstetrícia e a relação entre médico e paciente, explicando melhor as origens da obstetrícia e em seguida explicando a relação do médico e paciente em relação ao descobrimento da gestação.

Logo na segunda parte, discuto em relação a identificação da violência obstétrica, pois práticas e intervenções desnecessárias tem se tornado tão comum nos hospitais que acabaram se tornando rotineiras, sendo difíceis de identificar se a violência aconteceu ou não. Já na terceira parte abordo em relação ao enfrentamento da violência obstétrica simplificando em leis e citando projetos que buscam ampliar a divulgação sobre a violência.

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA OBSTETRÍCIA

“A presença de uma pessoa da confiança da mulher, como o seu companheiro, traz benefícios para a gestante e ao bebê, como a diminuição das cirurgias cesarianas, necessidade de medicações para alívio da dor, redução do tempo de trabalho de parto e dos casos de depressão pós-parto”, explicou o ginecologista e obstetra Alberto Jorge Guimarães. “Podemos lembrar que o parto era um evento natural na vida da mulher, assistido em ambiente domiciliar, com o marido por perto e geralmente uma parteira ou pessoa mais idosa, do tipo mãe ou avó dando suporte”, completou o médico, que nasceu amparado por uma parteira. (Pairás com dor, 2012, p.22).

O termo obstetrícia tem origem da palavra latina *obstetrix*, que significa “estar ao lado”, ou pode ser também “mulher assistindo a parturiente”. Desde então, é importante ressaltar de que os profissionais atribuídos a esta área obstétrica eram do gênero masculino, porém, existem registros antigos onde são apontados uma importância muito grande da mulher como assistente na hora do parto que são levados em consideração atualmente para melhor da gestante.

Um fato importante e que traz o empoderamento feminino nesta fase tão importante na vida de uma mãe, é na mitologia onde podemos encontrar a deusa *Eileithya*. Filha de Hera e de Zeus, era protetora das mães em seus tempos de gestação e as auxiliava na hora de dar à luz aos seus filhos.

“Muitos têm atribuído a origem da obstetrícia ao vale do Rio Indus, onde, há 5 mil anos, existiu uma civilização. Várias figuras esculpidas na Era Paleolítica trazem imagens de mulheres grávidas e deusas da fertilidade, como a Vênus de Willendorf, datadas aproximadamente de 24000-22000 a.C. Em escavações de ruínas de Çatal Hüyük, cidade neolítica da Turquia, foram encontradas figuras de mulheres em parturição (6500-5700 a.C.) No final desse período histórico, encontra-se a mais antiga documentação autêntica sobre a cesárea, no reinado de Numa Pompílio (714-672 a.C.), em Roma, realizada em vigência da Lex Regia, que ordenava a abertura do ventre de todas as mulheres que faleciam grávidas. Os funerais não ocorriam enquanto a lei não fosse cumprida”

(Zugaib obstetrícia 4ª Ed, p.16-17.)

Como suposição, na pré-história, os partos eram eventos solitários assim como fazem os animais. Foi notado que no momento em que a mulher, parturiente, precisava de um acompanhamento sendo assim fez-se um grande marco na história da humanidade e na medicina. Com o avanço da pré-história, os partos eram realizados por parteiras, conhecidas também como comadres ou até mesmo parteiras-leigas. Elas eram responsáveis por cuidar das gestantes, auxiliavam na hora do parto e também no pós-parto, ajudando as mães com o recém-nascido.

A produção de ideias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma teórica e isolada da tomada deste corpo como objeto da prática médica. Por quase

três séculos, os médicos se prepararam para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em um evento médico. A medicalização do corpo feminino se estabelece no século XIX, em meio aos discursos de exaltação da maternidade. No entanto, esse processo teve início trezentos anos antes da institucionalização do parto como evento hospitalar e do estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica. Desde então, a presença da figura masculina nos cuidados da gestação, parto e pós parto da mulher cresceram constantemente nos últimos tempos. Atualmente, temos mais médicos obstetras do público masculino do que do público feminino.

“Depois dos séculos XVII e XVIII, a medicina passou a estudar o procedimento e os homens começaram a participar do parto, introduzindo a cirurgia como método auxiliar no nascimento de bebês”.

(Copyright © 2019 Bibliomed, Inc. 10 de julho de 2019)

O aperfeiçoamento do conhecimento médico e o interesse pela obstetrícia trouxe muitos progressos de grande significado ao atendimento com as mulheres no ciclo de gestação, mesmo que fosse algo complexo e demorado comparado pelas outras especialidades da medicina. A apologia de que a gestação e o acompanhamento do parto por demandarem uma atenção reduzida era uma função para os leigos, porém essa linha de pensamento foi mudada.

Um dos fatos que mudou de forma radical de como a mulher iria parir foi o uso do fórceps que prometeu ser uma das maiores revoluções na história da obstetrícia. A obstetrícia tem sua evolução marcada por períodos históricos.

O primeiro período, por exemplo, iniciou-se nos primórdios de sua origem foi-se até o fim do século V a.C. Foi um período incerto, onde foi achado vários registros escassos de interpretações de acordo com a civilização local sobre o parto.

No antigo Egito, mas em específico em *Hassam*, em meados de 1929, na tumba de *Akhet-Hetep*, puderam encontrar um monumento construído em homenagem a sua mãe *Peseshet*, concluindo-se que ela viveu nos anos de 2.500 d. C., sendo assim, conhecida como a mais antiga médica que se tem registros.

Logo no segundo período da história da obstetrícia vai desde Hipócrates (460-377 a.C.) até o século III da era cristã. Expoente da civilização grega, Hipócrates, nascido na Ilha de Cós, viajou pela Grécia até o Oriente Médio.

Terceiro período que teve início no século III e segue até o final do século XV. Trata-se de um período de grande estagnação e retrocesso da obstetrícia, o que coincide com a decadência e a divisão do Império Romano. Após 2 séculos do início desse período, cita-se Aécio (502-575), da Mesopotâmia, formado na Escola de Alexandria, que exerceu largamente a tocologia. Pertenceu à corte do imperador Justiniano, o Grande (527-565), e descreveu a mola *hidatiforme*. Seus conhecimentos obstétricos foram traduzidos na obra *Te-trabiblon*, de dezesseis volumes. Paulo, de Egina (625-690), foi outro destaque do período: fez uma classificação racional das distocias e escreveu a obra *De re medica*, da qual só restou o volume VII.

Do século XI até o fim da Idade Média, marco do final do terceiro período, a obstetrícia ficou inerte e até sofreu involução. No fim deste período, parteiras destacam-se em grades nomes como Constância Calenda, Mercuriade e Rebecca Guarna. Os atos médicos resumem-se à execução de embriotomias. No século XII, é relevante a proibição do abortamento provocado, pela Igreja Católica. Foi marcante também a posição dos médicos, meros clérigos, que não se aproximavam de gestantes normais, pois a eles era proibido qualquer ato propedêutico que implicasse palpação e toque, procedimentos considerados vulgares à época. Essa postura tem repercussão até o período seguinte, no episódio que aconteceu na *Faculté de Médecine*, de Paris, no qual os cirurgiões, em manifesto, declararam solenemente que não iriam mais praticar a cirurgia, pois era conveniente conservar *pure et intacte la dignité de l'ordre des médecins* (em português, “pura e intacta a dignidade da ordem dos médicos”). Muito importante no período, ainda medieval, foi a iniciativa do imperador Constantino, em 335, de construir hospitais, o que foi estimulado pelo papa Inocêncio III no século XIII e por *Mondino*, um anatomista, em 1315.

Por fim, o quarto período inicia-se no século XVI e tem fim no século XIX. Abrange importantes períodos históricos, consolidados pelos marcos que os delimitam, e será descrito consoante os fatos mais marcantes, em relação à medicina, especialmente à obstetrícia.

Este período coincide com o Renascimento, época do verdadeiro ressurgimento da ciência e da arte obstétrica. Em 1515, surge, a pedido da princesa Catarina, uma obra de grande sucesso escrita por *Eucharius Rösslin*, que era destinada às parteiras, *Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten*, que em português significa, “O jardim de rosas da cuidadora de mulheres grávidas” ou simplesmente, “O jardim de rosas”). A tradução para o latim pelo filho de *Rösslin*, em

1532, sob o título de *De partu homi-nis*, teve cerca de cem edições. No prefácio do livro, *Rös-slin* censura as obstetrizes no que se refere às suas superstições e desconhecimento.

Poucos sabem disso mas no Brasil, houve um marco muito importante para a história da obstetrícia.

Francisco Julio Xavier, nascido em 1809, era filho de um médico da Câmara Imperial. Mesmo sendo aprovado no curso de medicina pela academia Médico-Cirúrgico do Rio de Janeiro, resolveu ao concluir o ensino médio seguir destino para Paris, na França, em 1827. Com muito esforço e dedicação conquistou o título de Doutor em medicina em 1881.

Doutor Júlio Xavier foi um responsável e importante instrumento para se compreender a arte da obstetrícia no Brasil por volta do século XIX, onde neste período foi-se assumido oficialmente a cadeira de partos que é talvez o mais antigo aparelho postural obstétrico. Utilizada por sociedades antigas por muitos séculos, foi criada para ajudar a mãe no momento do parto entre 1832 a 1856, enquanto isso, dois de seus projetos estavam sendo encaminhados para a câmara municipal do Rio de Janeiro.

O principal objetivo desses projetos era abrir a formação para parturieras diplomatas no Brasil, dentro do conceito da ciência tendo como nome de *saje-femmes*(modelo importado da França). Como o doutor Júlio já havia passado pela faculdade de medicina de Paris, queria trazer esta experiência para a medicina brasileira, por isso, foi muito compreensível todas as decisões por ele apoiadas aqui no Brasil, sempre foram compreensíveis.

Havia alguns pontos parecidos no seu projeto: neste se receberiam alunas vindas de todo o território nacional, para permanecerem como internas, durante dois anos de curso (na França, o período fora de seis meses, com direito à renovação - ou seja, um ano). O diploma seria de Parturieras Diplomadas.

Essas alunas cumpririam uma grande missão. Ao realizar esses estudos, do que seria a Medicina da época nas práticas de atenção da grávida no parto e de atenção do recém-nascido, elas saíam preparadas para enfrentar as credices, sobretudo "aquelas relacionadas às manobras do parto"³, realizadas pelas chamadas curiosas, nos lugares mais remotos e distantes do Brasil - priorizando, sobretudo, a prática de cuidados aos recém-nascidos que, segundo relatos da época, provocavam muitos estragos no crescimento populacional de todo o território.

Após dois anos de estudo, essas jovens mulheres, com idades entre 14 e 21 anos, seriam capazes de:

1. Conhecer, preparar e manipular as drogas mais simples que poderiam ser aplicadas no parto, bem como nos acidentes que, ordinária ou extraordinariamente, o seguem. Esta vantagem faria com que elas comesçassem a praticar os ensinamentos onde não houvesse botica e nem boticário.

2. Aplicar sangria antes, durante e depois dos partos, dentro dos preceitos médicos.

3. Aplicar vacinas, sobretudo para combater a bexiga (referência à varíola). Elas portariam o instrumento da vacinação (uma espécie de seringa gigante) e estariam autorizadas a "requerer e conservar o vírus vacinal"³ que o Dr. Le Masson reproduziria.

2.1 A RELAÇÃO ENTRE O MÉDICO E A PACIENTE E A ATUAÇÃO DAS REDES DEMOCRÁTICAS DE APOIO A GESTANTE

A relação entre o médico e a paciente tem que ser de confiança. A gestante precisa ter o seu médico obstetra como seu maior porto seguro, afinal, é ele quem vai ajudar e monitorar tudo o que está acontecendo na gestação, parto e pós parto, garantindo o bem estar do bebê e da mãe sempre.

Os médicos obstetras sempre aconselham a importância do pré-natal que é nada mais nada menos que um acompanhamento médico durante toda a gravidez, com orientações à gestante sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas, trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, dentre outros assuntos, incluindo também exames laboratoriais para detectar doenças que possam afetar o desenvolvimento da criança e tentar reverter a situação desde então.

Existe um grupo de apoio chamado: "Mulheres em rede pela Maternidade Ativa", sendo composta por mais de trezentas mulheres em vinte e dois estados brasileiros com o objetivo, de forma voluntária, divulgar informações sobre tudo o que a mulher precisa saber desde a gestação ao nascimento do bebê.

A Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de

mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais.

A rede se constitui de forma democrática e tem caráter suprapartidário, de modo a estimular o debate entre as participantes de modo horizontal e aberto. Apoia a auto-organização dos grupos regionais e a articulação com outros movimentos sociais, o que favorece a elaboração de demandas locais e regionais bem como a denúncia de conjunturas que firam direitos das mulheres. Assim, fortalecem-se a participação política das mulheres e sua atuação como cidadãs a partir de suas realidades.

Para fomentar o empoderamento feminino, a Parto do Princípio: produz e divulga material informativo a respeito da saúde sexual e reprodutiva da mulher, bem como de seus direitos; participa de campanhas e eventos que visam à melhoria das condições de assistência ao pré-natal, parto e abortamento no país; trabalha no sentido de dar visibilidade à violência de gênero, em especial aquela que ocorre nas instituições de saúde quando do atendimento à mulher em seu ciclo reprodutivo, também conceituada como violência obstétrica; atua com gestores e formuladores de políticas para que incorporem as evidências científicas a seu planejamento, entre outras ações.

Os princípios que apoiam a atuação da rede são:

- Luta pela retomada do protagonismo da mulher sobre seus processos de gestação, parto e amamentação;
- Reivindicação de assistência digna ao parto para todas as mulheres;
- Defesa dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres;
- Luta pela equidade de gênero;
- Combate a todas as formas de violência contra as mulheres;
- Reivindicação de políticas públicas de assistência à saúde reprodutiva da mulher com base em evidências científicas e livre de violência.

A mulher deve ser protagonista de sua história e, assim deve ter o poder de decisão sobre seu corpo e ter a liberdade para dar à luz, tendo sempre ao seu lado o acompanhamento de profissionais da saúde e não sendo privadas de terem seus familiares por perto dando todo apoio e o mais importante ser tratada de forma humanizada.

2.2. CONQUISTAS DE DIREITOS DA PARTURENTE

Ao passar dos anos, a parturiente adquiriu direitos dentro dessa situação vivida nos hospitais.

Um dos maiores marcos destes direitos foi a Lei do Acompanhante, que tem como principal objetivo oferecer as mulheres o direito de um acompanhante de sua confiança no momento de seu parto, pós parto imediato.

LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

" CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

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

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

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

Podemos verificar que esta lei foi de extrema importância para a parturiente, mesmo que na maioria das vezes não seja cumprida.

As mulheres se sentem mais protegidas em saber que o acompanhante de sua escolha estará ao seu lado te acompanhando e dando forças, pois a função do acompanhante em si é ajudar em relação ao trabalho de parto e fazer com que a gestante se sinta mais relaxada com massagens, carinho, palavras de afeto e até mesmo presenciar o nascimento de uma nova vida.

Outro fator muito importante onde foi um marco no avanço da medicina e que facilitou para a parturiente na hora dar à luz foi a criação do procedimento da cesariana.

O parto conhecido como Cesária, segundo fonte historiográficas, cita o nascimento do general líder na república Romana, conhecido como Júlio César.

Este foi retirado às pressas da barriga de sua mãe após o falecimento da mesma. O objetivo principal, logo após a morte da mãe, era tentar salvar a criança indefesa.

Para tal procedimento de salvação, na época, os médicos optaram pelo corte na barriga da parturiente para retirada do bebê.

Não se sabe se a história em si aconteceu de fato ou não, mas releva sobre a prática da cesariana no âmbito da medicina.

Atualmente, a Cesária através da evolução na medicina, virou um processo cirúrgico, onde é feita incisão no abdômen e outra no útero para chegar até o bebê.

Um parto, tem aproximadamente a duração de quarenta e cinco minutos a uma hora.

O nascimento em si do bebê, geralmente, acontece em quinze minutos após o corte, mas o médico obstetra precisa de pelo menos trinta minutos para realizar a sutura em todas as camadas necessárias, incluindo útero, músculo e pele.

Por mais que os partos cesarianos tenham a característica da violência também, o parto normal, por ser mais demorado, causa muito medo nas mulheres, visto que, são submetidas a procedimentos invasivos gerando grandes traumas em relação ao parto.

3. IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Neste capítulo, iremos abordar sobre a identificação dos tipos de violência que a mulher sofre durante o pré-natal, e até mesmo na hora do parto, onde são recorrentes as sessões de maus tratos contra as gestantes e aos familiares da mesma.

Desde deboches, xingamento e até cortes juntamente com intervenções desnecessárias no corpo da parturiente e sem que ela tenha ao menos autorizado, são procedimentos que se tornaram comuns vistos em salas de parto pelas clínicas e hospitais públicos no Brasil todo.

A experiência de que o parto é o momento mais lindo que uma mulher pode viver em toda sua vida, se torna um pesadelo quando a parturiente percebe que não tem o direito de dizer “não” e nem de intervir procedimentos absurdos em seu corpo.

Existe vários tipos de violência, desde a psicológica, verbal e até a física.

Um dos exemplos disto é a negação do atendimento ou imposição de dificuldades para que a gestante receba serviços que são dela por direito, como pré-natal, ou um leito disponível na hora do parto, onde ambas são atos perigosos e bem frustrantes para a futura mãe.

A violência física em si são práticas e intervenções violentas e desnecessárias sem o real consentimento da mulher. Algumas destas práticas é a aplicação do soro com ocitocina (“hormônio responsável por auxiliar nas contrações uterinas e na liberação do leite materno. É produzido naturalmente pelo cérebro, mas existe em formato sintético, sendo usado para induzir o parto”), lavagem intestinal, onde além de ser dolorida, aumenta as chances de infecção, privação da ingestão de líquidos e alimentos, exames de toque em excesso; ruptura artificial da bolsa, raspagem de pelos pubianos, o que é bem constrangedor, imposição de uma posição de parto que não é escolhida pela mulher, não oferecer alívio para a dor, seja de forma natural ou anestésico, fazer a episiotomia sem a prescrição médica (“episiotomia é um corte feito no períneo (região entre o ânus e a vagina) para aumentar o canal de passagem do bebê. O seu uso é desaconselhado e permitido somente em casos específicos”), ponto do marido (“ponto a mais dado pelo médico na costura da episiotomia para que a vagina fique mais “apertada” para o marido”), o uso do fórceps sem indicação clínica (‘fórceps é um instrumento semelhante a uma pinça que é encaixada na cabeça do

bebê para forçar a saída do feto do útero”), imobilização dos braços e pernas, o que deixa a mulher de uma maneira desconfortável, visto que a mulher tem o direito de parir como ela quiser; a manobra de *Kristeller* (“pressão feita na parte superior do útero para acelerar a saída do bebê”), vale ressaltar que a prática desta manobra foi punida em 2017 pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

Já a violência verbal, consiste em comentários constrangedores, ofensivos e até humilhantes a gestante. Seja por sua raça, cor, idade, escolaridade, religião, crença, orientação sexual, orientação socioeconômica, entre outros tipos de escolha da parturiente que acaba se tornando motivo de algazarra entre os médicos e enfermeiros no procedimento do parto. Diferente da violência verbal, a violência psicológica causa na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, insegurança.

Muitas das mulheres se vêm nesta situação e não sabem identificar se estão sofrendo algum tipo de violência, pois é formada a cultura de que tudo é normal e natural, e como os obstetras, na teoria, são profissionais de que tem que se confiar pois sabem o que fazem, estudam para isso, é dado como comum todos os procedimentos, mesmo sendo absurdos.

Frases como:

“Na hora que você estava fazendo, não gritou desse jeito, né?”

“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”

“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”

“Na hora de fazer, você gostou, né?”

“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”

São comuns em salas de parto em todos os cantos do país, causando pânico e frustração a própria mulher e a família.

Quando a parturiente se vê nesta situação, acaba aceitando qualquer procedimento, mesmo que seja invasivo, para que o seu bebê venha ao mundo saudavelmente. Mas, muitas das vezes, as intervenções desnecessárias feitas podem acabar com a vida do bebê, e infelizmente, com a vida da mãe.

Quando se fala de violência obstétrica, logo vem à mente, agressão física ou verbal, mas por parte do médico/médica, mas muitas das vezes, não é somente o(a) profissional que comete o ato.

Na maioria dos relatos das mulheres, as enfermeiras e técnicas de enfermagem são conhecidas pelo desrespeito e ofensas na hora do atendimento, são a maioria,

responsáveis por frases citadas anteriormente acima. Por mais que as frases possam ser ditas sem pensar, é um meio de violência obstétrica.

Já os anestesistas, que são responsáveis por amenizar a dor da parturiente, negam os meios anestésicos de alívio a dor, deixando a mulher vulnerável a dores insuportáveis sentidas na hora de dar à luz, sendo assim conhecida também como uma forma de violência.

A chegada da gestante ao hospital e ao chegar à recepção, muitas das vezes são negados atendimento a parturiente, correndo o risco de parir o bebê à espera de um médico, ou até mesmo nos corredores, sem ao menos direito a acompanhante, algo de que as mulheres tem por direito e lhe são negadas, se caracterizando como violência obstétrica.

3.1 PARTO HUMANIZADO

O parto humanizado é o desejo da maioria das gestantes, onde atende e respeita todos as vontades da mesma, claro que com toda equipe médica presente para preservar a segurança da parturiente e do bebê

Quando se fala de parto humanizado, se fala de todos os direitos da mulher serem respeitados onde não há nenhuma forma de violência.

A gestante deve estar ciente das escolhas e bem informada aos procedimentos legais que ocorrerá na hora do parto, o que é um desafio nos dias atuais, onde a prática da violência obstétrica se tornou algo comum.

O que é mais comum nas salas de parto é o impedimento que a gestante tenha um acompanhante. Mesmo previsto em lei, esse direito é negado na maioria das vezes pelos profissionais da saúde.

“Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.”

LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.

Caso o hospital não permita que a gestante entre com o acompanhante escolhido, pode ser acionada a polícia para a resolução do problema. Mas, se a situação em que se encontra a gestante, da negação ao acompanhante, não for resolvida antes do parto ser realizado, a parturiente poderá ingressar com uma ação de reparação de danos.

A Constituição Federal, prevê o princípio de igualdade e dispõe sobre o direito a absoluta assistência à saúde e o dever de que o parto seja humanizado. Este direito, encontra-se previsto no artigo 6º, CF, que prevê:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
(Brasil, 1988)

Atualmente no Brasil, a garantia ao parto mais humanizado será sempre necessária a divulgação de normas que regulamentam o parto humanizado, e principalmente, com essas informações, possibilitar acesso à Justiça quando houver violação a legislação imposta. O debate com a participação da sociedade, inclusive de mães que já sofreram na pele a vontade e o desejo de ter um parto humanizado, mas não conseguir, aumenta mais o desejo de incentivar as gestantes a persistir sempre pelos seus direitos e procurar as autoridades caso o mesmo não seja cumprido. O mais importante, é a sensibilização na formação dos profissionais da área da saúde, sabendo os direitos das parturientes e que tem de ser respeitados, e principalmente, saber os princípios sobre o parto humanizado, que seria, a segurança da gestante e do bebê, a transparência em todos os métodos que irão ser utilizados, a pouca invasão à grávida, a garantia do direito ao acompanhante, previsto em lei; a garantia as informações que acontecem ao longo do parto e o mais importante, a garantia ao direito à saúde e as boas práticas obstétricas, previstos sempre em estudos e evidência científicas.

3.2. RELATOS POR MÃES QUE RETRARAM A REALIDADE NA MATERNIDADE BRASILEIRA

Deise, pode com clareza, descrever seu pesadelo que teve na hora de dar à luz. Um momento onde ela esperava ser um sonho, se tornou um filme de terror após sofrer maus tratos na sala de parto.

“ Natural de Santa Maria, residente em Porto Alegre, Deise tem 38 anos e é técnica de enfermagem, com dois filhos: um menino de 20 anos e uma menina de 11. A violência obstétrica marca sua trajetória já no primeiro parto, em 1997. Entre os cuidados para a chegada do primeiro filho, a técnica de enfermagem escolheu cada detalhe com atenção, da médica a um hospital de renome, tudo através da rede de saúde privada. “Eu tive uma gravidez super tranquila, tive apoio dos meus familiares e do meu esposo. Foi uma gravidez planejada”, lembra.

Além do acompanhamento pré-natal, também visitou maternidades para conhecer os atendimentos e escolher sua preferida. Quando a bolsa rompeu, Deise ligou para sua obstetra que, depois de orientar a paciente a se manter

tranquila, a encaminhou para a maternidade. Foi então, com sua chegada ao hospital, que a história ganhou contornos bem distantes do planejado. Enquanto era induzida ao parto normal, Deise passou por uma episiotomia e pela manobra de Kristeller – prática banida pela Organização Mundial da Saúde – para só então ser submetida a uma cesariana. “Eles estavam forçando um parto normal, com a criança numa posição irregular”. Graças à falta de oxigênio ocasionada pelo parto prolongado, o bebê teve que ficar dez dias na UTI, em uma incubadora. A mãe também ficou internada, para tratar uma infecção de bolsa rota. Durante a internação, os companheiros eram seu marido, o medo e a angústia. “A vida do meu filho corria perigo. Foi tudo escolhido nas melhores condições e de repente eu poderia não ver o bebê nos meus braços.” conta. A sensação de impotência frente ao renome do hospital e da médica fez com que não se realizasse nenhuma denúncia. Anos depois, com o crescente debate em torno da violência obstétrica, Deise percebeu que se classificava como uma das vítimas.

Embora tenha tentado esquecer o acontecido, a segunda gestação trouxe à tona sentimentos como angústia e medo, porém, desta vez, tudo ocorreu de forma tranquila. “Foi escolhido no sistema público, onde eu acreditei que fui bem melhor atendida, não houve essa necessidade de mutilação, o médico que me atendeu, uma pessoa bastante comprometida com o seu trabalho, conversava comigo me passando bastante segurança e, realmente, ele só fez o que foi necessário”.

A jovem Daia, após escolher um sonhado parto humanizado, não imaginava o quão difícil e complicado seria seu parto, mesmo sendo uma escolha sua.

“ Com 24 anos e uma filha de 4 meses, Daia é assistente social e mora em Tapera, RS. Apesar de ter certeza que queria ser mãe, sua gestação não foi planejada. Com o apoio da família e do companheiro, a carazinhense teve uma gravidez de baixo risco, com todo o pré-natal acompanhado por um médico de saúde da família do Sistema Único de Saúde (SUS).

Através de leituras e grupos virtuais de apoio às gestantes, em redes sociais como o Facebook, Daia foi se preparando e tomando importantes decisões para a hora de dar à luz, como a escolha do parto humanizado. Aos seis meses de gravidez, passou a ser acompanhada por uma doula voluntária e, mesmo com este acompanhamento, conta que os profissionais de saúde utilizaram ocitocina para acelerar o parto e realizaram uma episiotomia. A falta de um tempo para descanso também é apontada pela assistente social, que chegou à exaustão em um parto de 18 horas

Por mais que tivesse bem claro o tipo de parto que queria ter, Daia não conseguiu se opor a nenhuma das práticas. “Na hora tu fica meio impotente porque está fragilizada, é um momento de muita fragilidade da mulher e tu não consegue ser muito efetiva nas reclamações, porque tu depende daquela equipe para ter o teu bebê”. Foram necessários 20 dias para que ela se desse conta do que havia sofrido e quatro meses para conseguir falar abertamente sobre o assunto.

No dia seguinte ao parto, um representante do Ministério da Saúde visitou seu quarto para que fosse realizada uma avaliação do processo. Desta forma, ela teve a chance de denunciar a violência sofrida e, posteriormente, também prestou queixa à ouvidoria do hospital. Daia pretende ainda levar adiante a questão assim que “tiver mais tempo e fôlego”.

Já a Caroline, com uma gravidez inesperada, cheia de medos, e tão nova, passou por uma sessão de tortura na hora do parto, sofrendo por humilhações onde carrega como forma de trauma até hoje.

“ Descobrir que estava grávida aos 19 anos foi uma surpresa para Caroline, assistente administrativa de Porto Alegre, hoje com 23. Ao pensar em contar para os familiares, sua primeira reação foi o receio. “A gente escondeu a

gravidez até onde deu, mais ou menos até os meus três meses”. As principais preocupações eram o futuro profissional e os estudos, o que fez com que diversas hipóteses – como a possibilidade de um aborto – fossem levantadas. Graças ao apoio da família, em especial da mãe, Caroline decidiu dar continuidade à gestação. O acompanhamento pré-natal de Caroline foi feito pela rede pública de saúde “Sempre fui muito bem atendida. A minha ginecologista e nutricionista eram ótimas”. Durante esse período, realizou uma série de pesquisas em livros e na internet para eleger o tipo de parto que gostaria de ter. Os grupos de mães no Facebook, nos quais as mulheres contam suas histórias e interagem, também foram aliados na hora de sanar dúvidas.

Caroline chegou à maternidade no dia nove de abril de 2013 com muitas dores e contrações. Mesmo vulnerável, já sofreu violência na chegada, sendo tratada de forma ríspida e tendo seus pedidos básicos, como beber água ou deitar, negligenciados. “As enfermeiras me colocaram separada das outras grávidas e falaram que era pra eu parar de gritar, que eu não tava sozinha lá, que eu não precisava fazer aquele escândalo”. Além disso, o procedimento de episiotomia foi realizado contra vontade e sem necessidade comprovada. O apoio de familiares e amigos foi crucial na recuperação, mas as cicatrizes emocionais da violência fazem com que Caroline tenha medo de ter outro filho. O caso não foi denunciado. “Eu não achei que seria um direito meu ir atrás disso. E depois seria minha palavra contra a do médico e da enfermeira.”

Como podemos observar mediante aos relatos citados, a gestante, na maioria das redes públicas e particulares não tem o apoio necessário da equipe médica, mesmo sendo responsáveis pela vida da mãe e do bebê.

A forma de que as parturientes são tratadas é desumana. Desde a chegada até a saída do hospital, sendo negado recursos básicos como água e remédio para alívio da dor

Mesmo estando em legislação em relação ao direito da gestante na hora do parto, são caçadas pelos médicos e enfermeiras ficando vulneráveis a qualquer tipo de procedimento.

4. O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Quando se trata de violência obstétrica no Brasil, visto que além do assunto ser pouco retratado, quase invisível. É tratado somente quando vem a público e causa polêmicas envolvendo a equipe médica e até mesmo o hospital.

Mulheres, independentemente da idade, cor, raça ou gênero, sofrem na hora do parto a falta de direitos que a elas são atribuídos, e mesmo citando a lei para a equipe médica, não são ouvidas e obrigadas a passar por certos tratamentos que traumatizam o resto da vida da parturiente.

Visto os assuntos abordados anteriormente, logo de início, entre a relação do médico e da paciente, não ocorre a compreensão e a empatia do lado da gestante. Muitas vezes, a mulher quer ter o parto normal ou natural, como é de direito dela, mas é negado por conta de que com a vinda da cesária, tudo se tornou mais fácil e rápido mesmo com as indagações negativas sobre o parto de cesária.

Nascer no Brasil não está sendo uma boa experiência para as mães, não importa a classe social, se é rico ou pobre, a violência vem de qualquer forma.

O parto normal, vem sempre cheio de intervenções e dor, sem nenhum tipo de amparo físico e psicológico que deveria vir da equipe médica em relação ao bem estar da parturiente em relação a diminuição do medo, insegurança e principalmente da dor, que é absurda.

Já o parto cesariano, que na maioria das vezes não é recomendado, é o mais optado pelas mães hoje em dia, que mesmo sofrendo com a violência obstétrica, é uma forma de acabar com essa violência mais rápido, visto que o parto cesariano dura em média 40 minutos.

Em relação as leis e direitos em específico das mulheres durante o momento da gestação, nota-se uma ausência de eficiência em leis que ajudam a proteger a mulher em um estado de violência, e com isso a parturiente precisa seguir o que se enquadra no Conselho Federal de Medicina sobre essa autonomia da mulher em relação ao tipo de parto que ela quer, sendo assim, o direito do feto ser respeitado a sua altura também.

Após análise de relatos, artigos, e os movimentos da medicina âmbito da obstetrícia, percebemos que a violência obstétrica não é um tabu, é real, acontece dentro dos hospitais tanto públicos quanto particulares com tanta frequência que acabou se tornando algo conhecido como comum. Mulheres são julgadas de diversas

formas dentro da rede de saúde, tanto pela raça, cor, idade, até pela condição socioeconômica, é lamentável tamanha falta de empatia.

Com base a medicina, se investigarmos a origem da violência obstétrica na história em si do parto, podemos concluir que tudo se iniciou quando a medicina iniciou um movimento para a exclusão das parteiras, colocando então, os interesses acadêmicos acima de qualquer liberdade da gestante.

Visto que o parto era um evento totalmente feminino, sem questionar ou considerar as melhores condições de parto para a mulher, ela não tinha autoridade sobre o próprio parto desde aí, fora que, devido aos pudores e restrições da época, se restringiam a presença de um homem na hora do parto, a não ser que fosse o médico, nem o companheiro da parturiente tinha o direito de assistir ao nascimento do próprio filho(a).

Sendo assim, a partir do momento de que a medicina se interessou pelo parto, ela iniciou uma maratona para deixar tudo de uma forma pela qual a autoridade sobre o ato de dar à luz seria somente a do médico e todo e qualquer tipo de procedimento seria feito somente no hospital sem interferência ou opinião da mulher.

Nota-se de que a partir deste ponto, a voz da mulher não era ouvida pela medicina, não sendo ouvida sobre questões de sua preferência ao querer partir, onde parir, ou por quem elas queriam ser acompanhadas na hora do parto, visto que é um momento totalmente especial para ela, familiares e amigos.

A partir do momento em que a medicina conseguiu tirar das parteiras suas funções e conseguiu levar o parto ao hospital, o médico entra nesta função como aquele profissional, formado, que sabe o que faz, e que controla o corpo pequeno e frágil da mulher, onde a mesma, não poderia questionar o trabalho do médico, pois o profissional se graduou naquela área e sabia o que fazer. Quando é tirado da mulher o seu protagonismo de seu trabalho de parto e colocado nas mãos do médico, as intervenções foram se adequando no lugar do protagonismo da mulher, aumentando ainda mais a violência a partir do momento em que a mulher não tinha mais escolha sob seu próprio corpo na hora do parto.

Quando observados o início da obstetrícia na medicina e o processo de graduação para formação dos médicos. Sendo assim, existe outras questões que dão apoio a esse tipo de prática violenta nos dias atuais, um exemplo disso que é a questão de gênero, como fora citada anteriormente, e a questão social da parturiente.

Analisando essa diferença entre as classes sociais e os tipos de violações sofridas por casa uma delas, pode ser observada uma conduta ilícita de tratamento para cada tipo de mulher, ou seja, uma mulher negra, sem condições socioeconômicas para arcar com a cesariana, é classificada como um tipo de parto que pode ser feito por via vaginal, onde a mesma, como não tem condições para uma cesariana, não terá condições de manter uma equipe médica para ficar em constante observação na hora do parto e com auxílios de remédios e assistência humanizada.

As tentativas de enfrentar a violência obstétrica atualmente, não se compara as dificuldades de instituir a humanização dentro das instituições públicas e particulares.

Sendo assim, promover ações que beneficiem o contato e a confiança da gestante com a equipe médica, ou até mesmo estabelecer o vínculo e proporcionar a parturiente um local seguro para concluir o trabalho de parto, sem que seus direitos sejam violados.

O projeto cegonha, procura proporcionar a mulher o direito ao parto humanizado com extrema atenção em todos os meses de gestão até o parto e pós-parto, sendo assim, oferecendo a mãe o nascimento seguro e saudável do bebê.

A Rede Cegonha é uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto).

A Rede sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de 80, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros.

Projetos como este, juntamente com o ministério da saúde, fazem com que as parturientes tenham um parto mais tranquilo e humanizado, com seus direitos ouvidos.

Enquanto leis não são sanadas para oferecer melhores condições de parto as mulheres, projetos de legislação fazem com que a parturiente enxergue uma luz no fim do túnel. A tramitação destes projetos, fazem com que as mulheres tenham uma visão empática pelas futuras mães, e ficam aliviadas em saber que futuramente, o parto mais humanizado vai ser um tipo de parto exigido por qualquer meio de saúde, tanto público quanto particular.

O presente projeto de lei citado, tem como por objetivo barrar todas as intervenções que são consideradas normais na rotina dos hospitais e fazer com que a equipe médica tenha um olhar mais humano e empático sobre a mulher que está dando a luz e a família da gestante também.

As mulheres não pedem nada demais, pedem apenas que seus direitos sejam ouvidos e respeitados, para que possam em um dos momentos mais lindos da vida de qualquer uma gestante, poder trazer ao mundo uma criança saudável e ter lembranças de um parto totalmente humanizado, com total respeito em relação aos pedidos da mulher.

Os médicos acreditam que as mulheres não podem interferir, pois não sabem o que estão fazendo, se o tipo de parto escolhido pela mulher não será de risco para o bebê. De fato, a função do médico obstetra é orientar a mulher de uma forma que fique tudo claro em relação a escolha do parto. A obrigação do médico é orientar a mulher de todos os riscos que o parto escolhido pode trazer, mas não é obrigação do médico pensar o que seria mais fácil para ele, sendo que, um parto de cesária dura em torno de 40 minutos, e um parto normal, dependendo da mulher, pode durar por volta de 12 horas. É uma situação em que o médico pensa no que irá ficar mais cômodo para ele sem respeitar a vontade da parturiente, vindo omitir de que o parto escolhido por ela, um parto normal, por exemplo, pode custar a vida do bebê, sendo que a mulher pode tranquilamente ter um parto normal tranquilamente.

4.1 COMO DENUNCIAR

Muitas mulheres que passam pela experiência horrível da violência obstétrica, acabam não sabendo como que faz para denunciar tal ato, pensando que não irá adiantar tal fato, já que seus direitos não foram ouvidos nem em seu momento de tal vulnerabilidade.

Em primeiro lugar a mulher precisa reunir todos os documentos usados durante a caminhada da gestação como o prontuário médico, onde deve ser fornecido pelo hospital ou unidade de saúde sem custo, o cartão da gestante, plano de parto, todos os exames feitos, contratos e recibos em caso de rede privada.

O relato é um fator muito importante para agilizar o processo, os órgãos oficiais recomendam que a vítima da violência faça um relato, por mais difícil que seja, detalhando tudo o que sofreu, como se sentiu ao sofrer e passar por isso e quais as consequências que a violência trouxe.

Para realizar a denúncia, a parturiente deverá se dirigir até a Ouvidoria do hospital ou comparecer a unidade de saúde onde ocorreu a violência, levando todos os documentos citados anteriormente, juntamente com o relato para que seja protocolada a denúncia. Além do mais, é recomendado ir ao um órgão de Secretaria Estadual de Saúde ou à secretaria municipal de saúde, bem como realizar denúncia ao Ministério da Saúde ou até mesmo na central de Atendimento à Mulher.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi estudado podemos observar e analisar as situações e variadas questões históricas que acontecem atualmente, pode vir a influenciar no tratamento em que a gestante e parturiente tem nos hospitais, visto que a violência obstétrica não é um fato social podendo ocorrer com qualquer tipo de classe socioeconômica, com isso pode-se perceber uma grande responsabilidade da área da saúde e as situações entre ambos fatores. Isso ocorre devido as privações que se iniciam logo quando a parturiente não tem acesso aos direitos estabelecidos, como ter um acompanhante.

Como antigamente o médico era conhecido como o único homem e profissional a poder tocar no corpo da mulher, manteve-se este o tabu durante muitos anos, onde profissionais da saúde, mesmo sendo do sexo feminino ou masculino, ficarem constrangidos em interferir em algum procedimento que o médico esteja executando, por receio de ser questionado por conta do médico ter essa visão de que é o único que tem domínio sobre o que está acontecendo no mesmo do parto, sendo assim, acontecendo intervenções desnecessárias e de puro constrangimento pela parturiente e colocando em risco a vida do bebê.

Atualmente, a violência obstétrica não é mais um tema que é tratado de uma maneira conhecida como vergonhosa, pois em muitas das vezes, mulheres tem medo de procurar seus direitos e serem mais constrangidas ainda por conta de tudo o que passaram. Existem grupos e meios que contém informações de como que as mulheres podem se expressar e serem ouvidas após um episódio de humilhação.

Dada à importância ao assunto tratado, torna-se necessário a ampliação de informações, principalmente para que chegue em mulheres que estão no começo da gestação para que possam ficar bem informadas sobre os seus direitos desde o começo da gravidez. Para as mulheres que tem uma condição socioeconômica mais simples, a divulgação de informações faz diferença, pois com tamanha falta de informação em ambas classes sociais podem causar uma situação até mesmo irreversível e sem a devida justiça.

6. REFERÊNCIAS

ARTIGOS DE SAÚDE, Boa saúde, 2021. Disponível em: <https://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/5508/-1/parto-em-casa.html>. Acesso em: 14/05/2021.

AS FACES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, ufrgs.br, [s.d]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/> . Acesso em: 14/03/2021.

BRASIL. Lei nº11.108, de 7 de abril de 2005. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 17/06/2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 19/05/2021.

CORREA, Anayansi Brenes, História da parturação no Brasil, século XIX, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/?lang=pt>. Acesso em: 27/03/2021.

CORREA, Anayansi Brenes, História da Medicina, [s.d]. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/524>. Acesso em: 24/04/2021.

CIELLO et al. Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Rede Parto do Princípio. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 12/05/2021.

HAMERMÜLLER Amanda, UCHÔA Thayse. Violência obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa. Humanista jornalismo e direitos humanos, 2018. Disponível em: www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetricaatinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/ . Acesso em: 11/01/2021.

JORNAL DO CREMESP. Especialidades: Ginecologia e Obstetrícia. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Jun 2009. Edição 206. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1167> Acesso em: 02/04/2021.

LUCIA, de Belo Horizonte. Eileithyia deusa do parto e da obstetrícia. Blogger.com, Belo Horizonte/MG, às segunda-feira, outubro 31, 2011. Disponível em: <http://eventosmitologiagrega.blogspot.com/2011/10/eileithyia-deusa-do-parto-e-da.html>. Acesso em 17/05/2021.

OBSTETRÍCIA & GINECOLOGIA, CREMESP, 2009, Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1167> . Acesso em: 20/04/2021.

PAES, Fabiana Dal’mas Rocha. Violência obstétrica, políticas públicas e a legislação brasileira. [S. l.], Revista Consultor Jurídico, 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-out-08/mp-debate-violenciaobstetrica-politicas-publicas-legislacao-brasileira>. Acesso em: 16/05/2021.

Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011e. Seção 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 16/07/2021.

ZUGAIB, Marcelo. Zugaib Obstetrícia. 4.ed. Barueri: São Paulo, 2020.

Mulheres em rede pela maternidade ativa. Parto do princípio, 2015. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/>. Acesso em: 25/01/2021.