

BOAS PRÁTICAS NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

GOOD PRACTICES IN COMBATING OBSTRIC VIOLENCE

Danilo Henrique Nunes¹

Adriana Galvão Abílio²

RESUMO

A ideia deste projeto de pesquisa é, além de apresentar e debater o problema da violência obstétrica, compreendê-la a partir do prisma jurídico, valendo-se de vários princípios como o da dignidade da pessoa humana, da igualdade, do direito à maternidade e do próprio direito à vida. Contudo, far-se-á também, uma análise sob o olhar das ciências médicas, já que o que se pretende é tratar do tema de forma interdisciplinar. A análise, a partir dos métodos bibliográficos, revisão de literatura, estudo de caso e hipotético-dedutivo, deve alcançar ilimitados resultados, uma vez que, a despeito da inexistência de lei específica, o parto humanizado já é direito subjetivo plenamente garantido pelo sistema jurídico brasileiro. O trabalho objetiva se aprofundar, ainda, no tema das questões de gênero sob os dois olhares – da medicina e

¹ Doutorando em Direitos Coletivos e Cidadania pela Universidade de Ribeirão Preto, Mestre em Direitos Coletivos e Cidadania pela Universidade de Ribeirão Preto, graduado em Direito pelo Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos (2012) e em Jornalismo pela União das Faculdades dos Grandes Lagos (2007). Foi vice-presidente da Fundação de Telecomunicação e Rádio-fusão de Barretos, Analista de Relações Comerciais da SR Embalagens - Barretos / SP (2016/2017) e Analista de área (comunicação) do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos (2005/2016). Advogado, professor do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos nos cursos de Direito, Zootecnia, Engenharias Civil, de Alimentos, Mecânica, Química e de Produção e Serviço Social, jornalista do Grupo Monteiro de Barros de Comunicação e Rádio-fusão e gestor de conteúdo acadêmico do portal do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos. Tem experiência na área de Direito, Jornalismo e Marketing. Email: dhnunes@hotmail.com

² Advogada - Sócia Galvão Moura Advocacia, possui graduação em Direito pela Universidade de Ribeirão Preto/SP - UNAERP, Doutorado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC/SP. (Foi bolsista do Programa CAPES/PROSUP), Mestrado em Direito pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Especialização em Direito Econômico e Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas - FGV. Atualmente é professora do curso de Direito do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos (UNIFEB/ Barretos/SP), do Instituto Municipal de Ensino Superior - IMESB -VC - Bebedouro/SP, Pós- Graduação - Faculdades Legale em São Paulo. Membro do Núcleo de Responsabilidade Social da Federação da Indústria do Estado de São Paulo - FIESP/CIESP, Conselheira Seccional da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) - Seção São Paulo (2011-2018), Presidente da Comissão da Diversidade Sexual da OAB/SP (2011-2018), Membro da Comissão Especial da Diversidade Sexual do Conselho Federal da OAB (2011/2018) Comissão de Direitos Humanos, Membro da Comissão da Mulher Advogada, Membro da Comissão da OAB vai a Escola, Membro da Comissão de Inscrição e Seleção do Quinto Constitucional, Membro da Escola de Liderança e Cidadania da Ordem dos Advogados do Brasil Seção de São Paulo (OAB/SP) referidas comissões por consecutivos três mandatos (2011/2018) Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito do Trabalho, Constitucional e Direitos Humanos. Email: drigm22@hotmail.com

do direito, promovendo o debate sobre a importância do papel da mulher como protagonista de suas próprias escolhas, sua individualidade biológica e, por fim, o uso de procedimentos com respaldo científico. Nesse sentido, espera-se que, fomentando a discussão científica sobre a humanização do parto, haja ressignificação e o reconhecimento das gestantes como sujeitos ativos de direito e que o mesmo seja exercido não só no âmbito da saúde privada, mas também, plenamente, na saúde pública.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Relação Medicina x Direito; Reconhecimento

ABSTRACT

The idea of this research project is, besides presenting and discussing the problem of obstetric violence, to understand it from the legal point of view, using several principles such as the dignity of the human person, equality, the right to maternity and of the very right to life. However, it will also be an analysis under the medical sciences, since the intention is to deal with the subject in an interdisciplinary way. The analysis, based on bibliographic methods, literature review, case study and hypothetico-deductive, should reach unlimited results, since, despite the absence of a specific law, humanized childbirth is already a subjective right fully guaranteed by the legal system Brazilian. The objective of this work is to deepen the theme of gender issues under both eyes - medicine and law, promoting the debate about the importance of the role of women as the protagonist of their own choices, their biological individuality and, finally, the use of scientifically backed procedures. In this sense, it is hoped that by encouraging the scientific discussion on the humanization of childbirth, there will be a re-signification and recognition of pregnant women as active subjects of law and that it be exercised not only in private health, but also, fully, in the public health.

Keywords: Obstetric violence; Relationship Medicine x Law; Recognition.

1. INTRODUÇÃO

O verbete “violência obstétrica” é relativamente nova, tanto para as discussões médicas quanto jurídicas. Em verdade, a temática ganha destaque a partir da liberação sexual em meados dos anos 70, especialmente, a partir da emancipação feminina e do advento da tecnologia que promoveu verdadeira formação de comunidades mundiais sobre os mais variados temas.

A temática ganha espaço tanto na área médica como na área jurídica e tangencia temas que vão do direito à vida até os direitos humanos, passando pelas inovações tecnológicas e visões tanto liberais como conservadoras da medicina, no caso, dos médicos.

Não há que se falar em violência obstétrica sem falar em direitos reprodutivos e garantias individuais, temas caros à Constituição da República Federativa do Brasil, especialmente no tocante aos direitos fundamentais.

Também é certo que, o ordenamento jurídico pátrio, deu guarida à mulher como sujeitos de direito em todos os âmbitos, incluindo aqui, com destaque, o artigo 5º, caput, promovendo a igualdade material, tanto Aristotélica como aquela defendida por Ruy Barbosa, qual seja, “dar tratamento isonômico às partes significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades”, muito bem sintetizada Nelson Nery Jr (NERY JUNIOR, 1999, p. 42).

Assim, brevemente, perfaz-se necessário recordar que, a consciência comunitária acerca da violência obstétrica advém de uma construção histórica. O parto nem sempre foi um procedimento médico.

Nos primórdios, os nascimentos aconteciam com a ajuda de outras mulheres da comunidade. Avançando, com o surgimento das universidades, no século XVI, a prática médica transformou-se no conhecimento empírico e as mulheres – em busca de saúde e boas práticas técnicas – buscaram os hospitais, na falsa crença de que isto diminuiria sua dor e também a mortalidade neonatal, tem-se início aí, os partos tecnocráticos.

Os avanços sobre o tema sempre foram alvo de grandes debates e – em face dos sistemas de saúde diferentes em várias partes do mundo – a mulher acabou sendo tratada como mero sujeito secundário ao nascimento de seu filho, sem atenção às suas necessidades e, muitas das vezes, com atos atentatórios à sua integridade física e moral.

Assim, a luta pela humanização do parto não é recente, mas iniciada nos anos 50, por médicos dissidentes do modelo tecnocrático, vem ganhando cada vez mais adeptos e visibilidade nas mídias e espaços públicos de discussão. No Brasil, existem hoje projetos de lei buscam tornar-se, a humanização do atendimento, em lei, obrigando a todos o seu cumprimento.

Os projetos de lei são o PL 7.633/2014 (na Câmara dos Deputados), do deputado Jean Wyllys, que estabelece que médicos e profissionais de saúde devem dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto.

Os hospitais deverão respeitar o limite de 15% de cesáreas, recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Já PLS 8/2013, do ex-senador GimAgello, que obriga

a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do SUS.

Já aprovado no Senado e remetido à Câmara, foi motivado pelos esforços da Rehuna, coletivo de profissionais de saúde em Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. O PLS 75/2012, da senadora licenciada Maria do Carmo Alves (SE), proíbe que a gestante detenta seja algemada durante o parto.

Já a PEC (proposta de emenda à Constituição) nº 100/2015 (na Câmara dos Deputados), do deputado Veneziano Vital do Rêgo (PMDB-PB), disponibiliza equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS.

Por fim, o PL 359/2015 (também em tramite na Câmara dos Deputados), da deputada Janete Capiberibe (PSB-AP), propõe fornecer curso de qualificação básica para as parteiras tradicionais e incluir sua atividade no âmbito do SUS.

O objetivo geral deste trabalho é encontrar, delimitar, estabelecer e divulgar os fundamentos e a interface da Medicina com o Direito em face do fenômeno social da violência obstétrica, almejando a formação de profissionais não só teóricos, mas também com vivência prática no tema, possibilitando formação integral e humanística aos alunos.

Ademais, não se pode perder de vista os objetivos decorrentes do principal que são a formação ético-profissional de futuros médicos e a conscientização da classe para a importância dos direitos humanos da mulher, figura alijada historicamente, mas que tem ganhado vez e voz na sociedade mundial e brasileira contemporânea.

Faz-se importante ainda, ressaltar que, no decorrer da pesquisa, outros objetivos devem ser alcançados a partir do levantamento de dados bibliográficos e de estudos de caso, contribuindo sobremaneira para o resultado final do mesmo e para a própria pesquisa brasileira.

A presente pesquisa, em consonância com o objetivo, estudar, debater e analisar a violência obstétrica sob os prismas da Medicina e do Direito, serão utilizados simultaneamente os métodos de pesquisa de revisão bibliográfica, estudos de caso e método hipotético dedutivo.

A revisão bibliográfica realiza de forma meticulosa e crítica uma análise das publicações sobre respectiva área do saber.

Ela busca esclarecer e discutir determinado assunto baseando-se em referências teóricas de livros, revistas, da legislação, entre outros. Sendo assim, a pesquisa bibliográfica proporciona mais que a reprodução das publicações sobre determinado tema, ela examina de forma crítica o assunto, sob novas perspectivas, buscando conclusões inovadoras.

Através do levantamento histórico e análise das propostas de legislação federal supracitada, no que tange a violência obstétrica, elucidar se tais propostas atendem aos princípios jurídicos e médicos tutelados pelo ordenamento brasileiro.

No método hipotético dedutivo a construção parte de um postulado ou conceito como modelo de interpretação do objetivo estudado. Esse modelo gera através de um trabalho lógico, as hipóteses, os conceitos e os indicadores para os quais será necessário buscar correspondentes no real. Em resumo, pode-se dizer que as hipóteses partem de um fato já conhecido como modelo de interpretação das informações estudadas.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Dos conceitos da OMS – Organização Mundial de Saúde

Para Violência obstétrica relaciona-se com uma sequência de situações fáticas que podem ser categorizadas como fisicamente ou psicologicamente violentos no decorrer do trabalho de parto e nascimento.

Na maioria dos países desenvolvidos e em muitos países em desenvolvimento – buscando reduzir as situações de dor – o nascimento ocorre em um ambiente cada vez mais hospitalizado, ou seja, cada vez mais com aparatos médicos e a promoção de incontáveis intervenções cirúrgicas, que às vezes, as mulheres podem ser coagidas a aceitar ou acabam concordando ou consentindo tanto por convencimento dos hospitais como corpo clínico, suas famílias, amigos e demais agentes que participam deste momento. Assim, o OMS – Organização Mundial da Saúde, braço da ONU – Organização das Nações Unidas orienta em sua OMS3:

No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança.

E prossegue:

Relatos sobre 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.

O conceito também inclui o uso injustificado de instrumentos e manobras que foram reconhecidos como arriscados para a saúde da mãe e da criança, ou cujos benefícios e riscos não foram suficientemente examinados (uso de fórceps, manobra de *Kristeller*, a exemplo).

Organização Mundial da Saúde adverte que "o *boom* de cirurgias desnecessárias está prejudicando a saúde das mulheres", que as cesarianas alcançaram "proporções epidêmicas" em muitos países (46% na China, 32,9% nos Estados Unidos, 25%, países europeus e latino-americanos) e que, por vezes, os incentivos financeiros para médicos e hospitais também têm influência.

O parto é um momento marcado pela importância da chegada de uma nova vida. Mais que um evento médico, é um acontecimento repleto de emoções e significados.

Como atualmente a maioria dos partos acontece em unidades de saúde, é necessário que a mulher, seus familiares e o bebê sejam recebidos nesses serviços com dignidade, promovendo um ambiente acolhedor e uma atitude ética e solidária.

Ainda segundo a OMS:

Segundo a OMS (1996), a episiotomia é uma operação ampliadora para acelerar o desprendimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau (incluindo mulheres que tiveram laceração de 3º grau em parto anterior). Já Guariento e Delascio referem que essa cirurgia ampliadora está indicada também para se evitar a compressão prolongada da cabeça, particularmente em prematuros, o que favorece o trauma craniano. Referem, também, que não é só para a cabeça primeira que se praticará a episiotomia, senão também para derradeira, de acordo com o obstáculo à respectiva desenvolvimento. Observam-se, ainda, muitos outros motivos alegados para se realizar a episiotomia. Rezende ainda considera esse procedimento indispensável nas primíparas e nas multíparas que já foram episiotomizadas.

Um levantamento realizado em 2003 em hospitais de onze países (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, República Democrática do Congo, Equador, Índia, Tibet, Uruguai, Venezuela e Zâmbia), revelou que a taxa de episiotomia foi superior a 90% entre as nulíparas.

Nesse contexto, a humanização do parto é mais que uma escolha. É um direito conquistado para que todas as mães e bebês sejam respeitados no pré-natal, no parto e no pós-parto, fazendo desse momento tão especial uma experiência plena de respeito, cuidado e acolhimento.

2.2. Da Humanização Do Parto

A humanização do parto é um direito da mulher e do bebê no só nos termos da CRFFB / 1988, mas também da Lei Federal nº 8080 / 1990 – que institui o SUS (Sistema Único de Saúde), bem como da Resolução nº 368 da ANS (Agência Nacional de Saúde); da Portaria/GM 569 – 2000 do Ministério da Saúde que trata do Programa de Humanização do Parto e Nascimento; da RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); da Resolução 368/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar ; da Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde; da Portaria 1.459/2011 que institui a Rede Cegonha e do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990.

Nestes termos legais, a humanização do parto é o respeito, também, à constituição do direito à família em formação e à criança, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso.

Humanizar é acreditar que o parto normal é fisiológico e que na maioria das

vezes não precisa de qualquer intervenção; é saber que a mulher é capaz de conduzir o processo e que ela é a protagonista desse evento; é conversar, informar a mulher sobre os procedimentos e pedir sua autorização para realizá-los, além de garantir e incentivar a presença a todo o momento de um acompanhante escolhido pela mulher, para lhe passar segurança e tranquilidade.

Sem contar que a promoção de ambiente acolhedor, respeita a mulher na sua individualidade, levando em consideração seus medos e suas necessidades com atitudes de oferecer a ela as melhores condições e recursos disponíveis, para que se sinta acolhida e segura nesse momento tão especial.

Nesse sentido, prestar assistência ao parto e nascimento seguindo as evidências científicas e os mais altos padrões de qualidade, de acordo com as Normas Técnicas e recomendações do Ministério da Saúde, atendendo ao disposto no próprio texto constitucional, qual seja, art. 196 e seguintes da CRFB / 1988 que dita que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Além de, permitir o contato imediato do bebê com a mãe logo ao nascer, e garantir que permaneçam juntos durante todo o período de internação.

Não bastasse toda esta legislação brasileira, é também um direito garantido internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que emite documentos indicando normas de boas práticas para o parto, e alerta para o risco de intervenções que, quando feitas sem correta indicação, podem colocar em risco a vida da mãe e do bebê.

A humanização do parto está focada no respeito às escolhas da mulher, no direito a um atendimento digno, respeitoso e sem qualquer tipo de violência.

Os conceitos da humanização do parto devem estar presentes em todos os locais de assistência à gestante: em um hospital público, privado, em uma casa de parto e até numa residência. O que importa é que sejam adotadas práticas que garantam o direito à informação e às escolhas da mulher.

2.2.1. Da violência obstétrica: procedimentos não recomendados

De acordo com as orientações da OMS / ONU e do Ministério da Saúde do Brasil, alguns procedimentos são realizados de forma rotineira nos partos, mas devem

ser evitados, como por exemplo, a tricotomia que é a raspagem dos pelos pubianos. É considerada desnecessária.

Além de também evitar-se a episiotomia (*episio ou pique*) que é um corte no períneo (região entre a vagina e o ânus) feito com a intenção de facilitar a saída do bebê; atualmente já se sabe que a episiotomia rotineira pode causar mais danos do que benefícios. Por isso, seu uso deve ser limitado e somente em casos imprescindíveis.

Há ainda, o enema que é a lavagem intestinal que é incômoda e constrangedora para muitas mulheres, seu uso não traz benefícios para o trabalho de parto, não devendo ser feita.

Outra proibição que deve ser evitada é a de ingerir líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto. Segundo a OMS, “o trabalho de parto requer enormes quantidades de energia. Como não se pode prever a sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno”.

Em uma gestante de risco habitual, com pouca chance de precisar de anestesia geral, a ingestão de líquidos e alimentos leves deve ser permitida.

Fator importante ainda a ser evitado é a Manobra de *Kristeller* que é um empurrão dado na barriga da mulher com o objetivo de levar o bebê para o canal de parto. Esta prática pode ser perigosa para o útero e o bebê, não havendo evidências de sua utilidade. Sem contar a aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, uma vez que, a ocitocina, é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher para ajudar no trabalho do parto.

É também conhecido como hormônio do amor, importante para a ligação entre mãe e bebê. O uso da ocitocina artificial apenas para acelerar o parto, sem uma indicação correta, não é adequado para a saúde da mãe e do bebê, podendo trazer riscos desnecessários.

No tocante às questões físicas, a posição da mulher deitada de barriga para cima durante o parto deve ser evitada, pois é a posição mais desconfortável para a mulher e prejudica o fluxo de sangue e oxigênio para o bebê, além de dificultar o trabalho de parto, aumentando a intensidade da dor durante as contrações e a duração do trabalho de parto. As posições verticais, como ficar em pé, de cócoras, de quatro apoios ou deitada de lado facilitam o nascimento.

Noutro sentido, a revisão rotineira, exploração do útero ou lavagem rotineira do útero após o parto podem causar infecção, traumatismo e choque.

Deve-se primeiramente examinar a placenta, para verificar se há alguma anormalidade e só então, caso necessário, realizar a revisão do útero. Mais que isso, a mulher deve ser observada cuidadosamente na primeira hora após o parto, para acompanhar a perda de sangue e a contração uterina.

No momento do parto, a maior necessidade das mulheres é de apoio emocional. O parto é um processo fisiológico que tem início e evolução por conta própria: o colo do útero começa a abrir, o útero começa a se contrair, o bebê começa a descer, e tudo vai ficando mais intenso, até que chega o momento do nascimento em si. Todo esse processo pode acontecer de uma maneira confortável, segura e sem intervenções. As contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem o amadurecimento final do bebê, a saída dos líquidos pulmonares e sua melhor adaptação ao mundo. O cuidado obstétrico baseado em evidências é aquele que oferece assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções necessárias.

Analisando as três temáticas de resultados, observamos despreparo, negligência e imperícia na prática de profissionais da Obstetrícia, sejam médicos, enfermeiros, enfermeiros obstetras ou auxiliares de enfermagem. As violências praticadas por enfermeiros obstetras, cuja base de formação deveria ser holística e humanizada, surpreende. Isso nos leva a refletir sobre como estão sendo formados estes profissionais.

Outra condição a favor da violência obstétrica constatada durante nossa discussão foi à falta de preparo institucional hospitalar, mesmo no Estado brasileiro considerado o mais desenvolvido que é São Paulo, nas mais diversas variações: estrutura física, estrutura com pessoal capacitado e estrutura de diretrizes assistenciais.

Os hospitais brasileiros precisam se adequar aos direitos humanos das mulheres em seu ciclo gravídico puerperal, deixando estas estruturas tradicionais e ultrapassadas para trás e promovendo ambientes mais favoráveis à atuação holística dos profissionais, garantindo uma assistência mais digna à mulher e seu recém-nascido. Uma boa alternativa para esta melhoria é a construção de Centros de Partos Normais, pois seus históricos de atuação têm os melhores resultados perinatais para partos normais, fisiológicos e de risco eventual.

A assistência obstétrica sem respaldo científico, agressiva e que em muitas vezes viola os direitos humanos básicos das mulheres está atrelada ao modelo de parto vigente, como demonstram os resultados. Este modelo é alimentado por um sistema de formação e de saúde falhos, que não realiza adequada fiscalização das instituições de

formação e de saúde, mesmo quando todos os indicadores de saúde materna e neonatal divergem dos recomendados pela ciência e órgãos de regulamentação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo leva a conclusões bastante complexas. Um passo inicial, é o reaprendizado dos profissionais técnicos em Obstetrícia e formação de alto nível de novos profissionais está no saber científico, cujos resultados nos encorajam a confiar na fisiologia do corpo feminino e em sua condição natural para parir e nos fornecem respaldo científico e legal para adoção de possíveis procedimentos necessários antes, durante e após o parto.

Noutro passo, desde os anos 80, algumas mudanças vêm ocorrendo para a melhora na qualidade da assistência à saúde da mulher. Dois pontos marcantes para essa discussão são a implementação das “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” feitas pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1996 e a implementação da Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) em 2000 (Brasil, 2000); e, além disso, a inserção de Rede Cegonha (2011) em boa parte do País, com o objetivo de reorganizar a rede e reafirmar todas essas assistências, favorecendo um processo de atendimento humanizado.

A partir do estudo, percebe-se que o processo de nascer no Brasil tem sido envolvido por um grande número de intervenções desnecessárias e um conjunto de violências, tornando-se um grave problema de Saúde Pública.

Com isso, as mulheres têm sido vítimas de um processo violento, no qual têm perdido sua autonomia e o protagonismo durante o parto. As questões de gênero, na condição de posicionamentos sociais, vêm influenciando esse contexto e permitindo que essas situações se tornem realidade, além de estarem gerando aumento de intervenções desnecessárias e cesarianas eletivas devido ao medo levado às mulheres de sofrerem um processo traumático no parto natural.

Assim, evidencia-se uma necessidade de melhora na assistência obstétrica brasileira. Algumas mudanças vêm acontecendo, porém de forma gradativa.

É possível ver que a reorganização das redes de saúde, a capacitação profissional e a humanização do atendimento têm sido preocupações do governo frente aos serviços

de saúde prestados; entretanto, apesar dos muitos movimentos para que haja uma mudança concreta dessa realidade, ainda se caminha devagar nesse aspecto.

Conclui-se que, além da melhora nas condições de saúde, garantir à mulher as informações necessárias para um empoderamento frente ao processo gravídico facilita essa mudança e permite que elas ganhem seus espaços e sejam novamente colocadas como protagonistas desse momento.

REFERÊNCIAS

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Vol. 10, mar.2005. p. 627- 637.

NERY JUNIOR, Nelson. **Princípios do processo civil na constituição federal.** 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

OMS. **Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 13.maio.2019.

Violência Obstétrica - a voz das brasileiras. Vídeo documentário popular produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. Disponível em: <http://youtu.be/eg0uvonF25M> Acesso em 12.maio.2019

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz, PETRICELLI, Carla Dellabarba, ALEXANDRE, Sandra Maria, TORLONI, Maria Reginai, NAKAMURA, Mary Uchiyama e SASS, Nelson. **Episiotomia: revendo conceitos.** Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wpcontent/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>. Acesso em 13.maio.2019.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. Tradução de Nelson Boeira. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. São Paulo: Martins Fontes. 2001

FOUCAULT, Michel. **O Renascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011

BRASIL. **Portaria 1.459/2011 do Ministério da Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em 13.maio.2019

BRASIL. **Portaria n ° 569/2001 do Ministério da Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em 13.maio.2019.

Submetido em 11.09.2019

Aceito em 25.09.2019