



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E VIOLÊNCIA CONTRA O OBSTETRA: DILEMAS ÉTICOS

Carlos Eduardo Mendes Pinto

Denise Machado Duran Gutierrez

A gestação é um processo fisiológico do ciclo reprodutivo que culmina, na maioria das vezes, com o nascimento de um novo ser, acarretando a todos os envolvidos grande sensação de satisfação e alegria. Porém, o caminho a ser percorrido é longo, necessita de cuidados especiais com relação à saúde da mulher, da criança e da família, tanto do ponto de vista físico, quanto psicossocial (LIMA; SILVA, 2011). Embora seja um processo fisiológico, trata-se também de um evento social e cultural complexo, manifestado em uma experiência íntima, pessoal, sexual, emocional e espiritual, que envolve interações entre indivíduos, grupos sociais e instituições, com poderes e legitimidades diferenciados (SENS; STAMM, 2019).

A gestação leva a mudanças tanto no corpo da mulher quanto no seu humor, afetando suas relações interpessoais com o companheiro(a), familiares, outros filhos, vizinhos e amigos (SILVA; SILVA, 2009). Pode também interferir nas suas atividades profissionais, necessitando ausentar-se do trabalho para comparecer às consultas de pré-natal, realizar exames ou devido aos sintomas ou intercorrências que possam surgir. Além disso, algumas vezes, dependendo de quais as atividades exercidas profissionalmente pode haver necessidade de mudança de função ou de setor para adequação à nova realidade. O desemprego de mães jovens é ainda uma realidade mais impactante em várias dimensões da vida das mulheres (HEILBOURN et al, 2002).

Associada aos fatores familiares e laborais há ainda grande expectativa quanto à saúde da criança e ao seu nascimento. Trata-se de um momento que, apesar de aguardado e inevitável, gera sentimentos mistos de alegria, medo, ansiedade, angústia, euforia, enfim uma gama de emoções ligadas às incertezas dos acontecimentos futuros (MALDONADO, 2013). Estes sentimentos decorrem de vários fatores, como: saber o local em que ocorrerá o parto; o tipo de parto, se normal ou cesariana; se será necessário realizar algum procedimento com a mãe ou o recém-nascido; quem será o acompanhante e se a instituição o acolherá e deixará acompanhá-la durante toda sua internação; como se deslocará até a maternidade; se haverá leito disponível para internação; se será atendida pelo seu médico ou pelo plantonista da vez; se conseguirá amamentar de maneira

adequada e cuidar do recém-nascido e de si mesma. Enfim, várias situações que podem interferir negativa ou positivamente na experiência da maternidade.

Considerando essa complexidade de fatores e para melhor compreender a questão da *violência obstétrica* e suas relações com a *violência contra os obstetras*, em forma inclusive de processos judiciais muito comuns na atualidade, é preciso contextualizar com informações sobre a ocorrência do parto no Brasil e sua história de desenvolvimento na biomedicina no mundo ocidental.

Os historiadores da ciência médica são unânimes em afirmar que ao longo do tempo e até o século XVIII o parto era praticado socialmente como evento natural, sociocultural, rito integrador dos grupos familiares e de ocorrência em ambientes cotidianos da casa, entre as mulheres. Já no final do século XIX, no compasso do desenvolvimento médico, passa a ser um espaço de atuação da biomedicina (SANFELICE et al., 2014). No curso histórico o parto torna-se, portanto, campo hegemônico do poder e do saber médico. O parto é submetido assim, desde meados do século XX, a um processo de (RE) interpretação cultural em que o saber biomédico assumiu autoridade sobre o evento e o corpo da mulher. Seu lugar de ocorrência deixa de ser a casa, como evento do cotidiano, e passa a ser o hospital, como evento costumeiramente ligado ao risco e à doença. A presença do médico torna-se assim compulsória e imprescindível.

Como reação a isso, na década de 1980, surgiu o movimento social pela humanização do parto que começa a questionar a centralidade do hospital e da figura do médico no parto (ZANARDO et al., 2017). Afinal não se podia continuar a encarar esse evento como doença ou agravo à saúde, como vinha acontecendo.

Ainda no final do século XX, também cresce o movimento da *Medicina Baseada em Evidências*, que busca fundamentar os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos e coloca em cheque a medicina hegemônica, extremamente intervencionista até então amplamente adotada. Diniz e Chacham (2006), afirmam que no Brasil e na América Latina houve uma lenta incorporação e resistência contra as contribuições da Medicina Baseada em Evidências mesmo nas instituições de formação médica. Essas têm abraçado o Modelo Intervencionista, o amplo uso de tecnologias, exames sofisticados e procedimentos cirúrgicos, em detrimento do cuidado centrado na mulher, visando o incentivo ao parto normal.

Evidentemente é preciso ver que, para além da disputa de saberes estão os vários e muitos interesses econômicos que subjazem às aparentes escolhas técnicas. Essa leitura macroestrutural, embora fundamental, não será desenvolvida aqui nesse texto. Ao contrário optamos por uma reflexão que sistematiza conhecimentos que, ora dão evidência da ocorrência e importância do combate à violência obstétrica, ora abrem caminhos de reflexão sobre as pressões e violências simbólicas às quais os médicos obstetras estão submetidos. O caminho aqui é mais de problematizar a questão do que dar efetivas respostas finais, ainda ausentes no âmbito da bioética.

No Brasil, na contramão dos países desenvolvidos com os melhores sistemas de saúde, prevalecem os partos hospitalares e dentre esses prevalecem os partos cesáreos (BRASIL, 2015), configurando uma verdadeira epidemia de cesáreas. Essa escolha pelos partos cesáreos, embora de ampla aceitação da classe médica no Brasil, não se baseia em evidências científicas. Ao contrário, é indicada apenas quando a situação de risco à saúde da mãe ou bebê está bem configurada. Além da cesárea, grande número de procedimentos e novas técnicas, desnecessários e de uso duvidoso e controverso, tem sido sistematicamente adotados, os quais infligem dor, desconforto e aumentam o risco das parturientes (tricotomia, episiotomias, punção venosa, amniotomia, ministração de ocitocina, dentre outros) (BRASIL, 2014).

No âmbito internacional a OMS (World Health Organization, 1996), afirma que o parto deve ser entendido como um evento natural e o nascimento por via vaginal considerado o melhor modelo, tomando-se em conta os desfechos de saúde materna e do bebê. Este se estabelece como estratégia preferencial de intervenção mínima e considerada o paradigma a ser seguido na assistência (ANDRADE; LIMA, 2014; DINIZ; CHACHAM, 2006). Nos últimos anos as políticas de saúde tem avançado no sentido de reconhecer os direitos das mulheres quanto ao tratamento humanizado, participação e presença de acompanhantes, consultas pré-natais bem informadas e direito de escolha quanto às varias dimensões do parto e puerpério. No entanto, não faltam descrições na literatura de como na prática esses direitos têm sido violados e não reconhecidos em nome de supostas referências técnicas ou conveniências dos serviços.

Para indicar a violência obstétrica diversas expressões já foram utilizadas, como “*violência no parto*”, “*abuso obstétrico*”, “*desrespeito e abuso*”, “*violência de gênero no parto e aborto*”, “*violência institucional de gênero no parto e aborto*”, “*assistência desumana*”, “*crueldade no parto*”, “*violação dos Direitos Humanos das mulheres no parto*” (TESSER *et al.*, 2015).

De forma geral, a violência obstétrica pode ser caracterizada por diversas situações, como abusos: físicos, emocionais, sociais e institucionais. Pode decorrer de falhas sistêmicas nos diferentes níveis de atenção dos sistemas de saúde e inclui atos intencionais ou inadvertidos que possam vir a causar sofrimento ou ferir a autonomia da paciente (SOUSA; MORAIS, 2018).

Um conjunto muito vasto e diverso de condutas pode ser identificado na *dimensão física* da violência obstétrica: 1. Toques vaginais repetitivos e de forma intempestiva que causam dor e desconforto, realizados por diferentes profissionais, em curto intervalo de tempo, na maioria das vezes desnecessários, ocorrendo pela troca de plantão ou com fins didáticos; 2. Episiotomia de rotina, sem uma indicação precisa e muitas vezes sem anestesia, com a justificativa nem sempre bem fundamentada, de facilitar o nascimento e diminuir os riscos de lacerações perineais, ou de que como a parturiente já está sentindo dor, não irá sentir o corte; 3. Imobilização em posições desconfortáveis e dolorosas, que acabam prejudicando a evolução natural do trabalho de parto; 4. Cesariana realizada sem uma indicação precisa, sem o consentimento da mulher e sem que a mesma entenda a real

necessidade do procedimento, com falsas justificativas ou por simples comodidade da equipe médica; 5. Realização de tricotomia, enema e venóclise de rotina, procedimentos que além de não trazerem nenhum benefício cientificamente comprovado acarretam desconforto; 6. Realização da manobra de Kristeller sem a devida justificativa, a qual já se encontra banida em vários locais, devido aos riscos maternos e fetais; 7. Uso indiscriminado de Ocitocina para acelerar o nascimento; 8. Manutenção da paciente em jejum prolongado e desnecessário.

Os *abusos emocionais* da mesma forma são diversos e impactantes à saúde da paciente e são relacionados à: 1. Falta de privacidade em enfermarias coletivas, na presença de acompanhantes de outras pacientes; 2. Recusa não justificada na aceitação dos planos de parto por parte dos profissionais que prestam a assistência; 3. Recusa em aceitar a presença dos acompanhantes, muitas vezes alegando a falta de estrutura física para os mesmos; 4. Humilhações de caráter sexual; 5. Tentativas de diminuir a capacidade da mulher de suportar as dores do parto, ou dissuadi-la do parto normal.

Aparecem ainda referências aos *abusos sociais* geralmente relacionados aos preconceitos e estigmas arraigados na sociedade, com relação ao estado civil da mulher solteira, pacientes homoafetivas que vão à maternidade com suas companheiras, baixo nível de escolaridade, raça de minorias étnicas, classe social empobrecida, grande multiparidade, idade avançada ou juvenil.

As instituições como um todo podem ser perpetradoras de violência obstétrica, caracterizando *abusos institucionais*, os quais em teoria seriam os que mais facilmente se poderia prevenir, pois dependem de ações práticas do poder público: 1. Falta de acesso ao pré-natal; 2. Falta de insumos para a realização de exames e acesso a medicamentos necessários; 3. Número insuficiente de leitos nas maternidades próximas às residências levando à uma peregrinação pelas unidades hospitalares, utilizando geralmente recursos próprios para o transporte; 4. Falta de ambiente físico adequado para uma assistência humanizada ao parto e para o acompanhante, o qual muitas vezes passa o período de internação dormindo em cadeiras desconfortáveis e inadequadas à manutenção da saúde, 5. Aplicação de protocolos institucionais desatualizados, que não apresentam evidências científicas que os justifiquem.

Como se pode observar há um grande leque de situações que podem ser identificadas como violência obstétrica, algumas difíceis de se caracterizar, pois podem apresentar um caráter de subjetividade e interpretação pessoal. Tanto pacientes quanto quem está prestando assistência, podem ter dificuldade em identificar tais atos de violência, de modo que um profissional pode estar cometendo um ato de violência obstétrica sem estar plenamente ciente disso. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) aponta que “*atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas*”. É crucial, contudo, destacar que reconhecer a violência obstétrica como uma realidade, não deve implicar em culpabilizar nenhuma categoria profissional específica, posto que essa

violência se consolida em termos estruturais (SOUSA; MORAIS, 2018). Não se pode, portanto, atribuir a uma única classe profissional a responsabilidade por todas as situações às quais as gestantes podem ser submetidas, como se vem observando atualmente em relação à classe médica, e em especial aos obstetras.

A resistência em tratar o tema é bem percebida na falta de consenso em relação à própria conceituação da violência obstétrica no Brasil, embora seja inegável que ela na prática ocorra com frequência (ZANARDO et al, 2017).

O termo “*violência obstétrica*” vem se consolidando nos últimos anos. A intensificação desse debate coincide com a emergência de uma nova construção legal que engloba elementos da qualidade da assistência obstétrica e maus tratos às mulheres durante o parto (SOUSA; MORAIS, 2018). O termo é muitas vezes utilizado de maneira “genérica” para todos os profissionais que tem contato com a paciente, desde a recepção até o momento da alta hospitalar. Porém, o que chama atenção, é que, embora a violência obstétrica possa ser atribuída a qualquer pessoa em contato com a paciente, inclusive seu acompanhante, na prática aparece uma maior referência do termo dirigido aos médicos obstetras, que fazem o acompanhamento da gestante. Tais referências atuam como se os médicos pudessem de todo modo responder por todo um conjunto de experiências desqualificantes que acontecem com a gestante. Tal compreensão gera um ambiente relacional negativo, marcado por conflitos na relação médico-paciente, que além de comprometer a qualidade do atendimento prestado pode resultar em demandas judiciais extremamente desgastantes para todos. Faz-se importante ressaltar que a relação médico-paciente é um processo especial de interação humana, que envolve dimensões técnicas, humanísticas, éticas e estéticas, não sendo uma relação banal, pois está cercada de sentimentos diversos, como angústia, medo e incertezas (SENS; STAMM, 2019).

Na assistência pré-natal, a gestante deve ser orientada rotineiramente, de maneira individual ou na forma de reuniões. Nessas é instruída sobre como se dá o trabalho de parto, o parto e puerpério, as possíveis intercorrências que podem mudar o planejamento prévio e as condutas que podem ser necessárias para um nascimento adequado, além dos seus direitos garantidos por lei. Ainda assim, muitas mulheres não são informadas sobre os seus direitos e a autonomia sobre seu corpo no momento do parto, o que tem levado à violência obstétrica praticada pelos profissionais de saúde (SILVA et al, 2017).

O que se vê na prática é uma assistência pré-natal deficiente, na qual as pacientes têm difícil acesso, tanto às consultas quanto aos exames, com uma sobrecarga de pacientes no serviço, o que compromete o tempo da consulta e dificulta o esclarecimento das dúvidas e as orientações necessárias. Além disso, na maior parte das vezes, as pacientes se apresentam desacompanhadas, o que acaba fragilizando ainda mais essas pacientes por falta de suporte social e a mediação de pessoas significantes que as ajudem a compreender as informações oferecidas.

Estamos nos movendo aqui num espaço sensível, povoado por contradições, em que de um lado reconhecemos a existência da violência obstétrica e a necessidade de enfrentá-la com seriedade; e, de outro lado também reconhecemos o sofrimento dos profissionais de

saúde que se veem acossados entre várias pressões de desempenho e produtividade, de eficiência, de adesão a técnicas, sob a mira de ataques e ameaças de vários atores (gestores, familiares, outros colegas, pacientes, seguradoras, etc.).

Para entender esses processos e contradições é preciso ver que o parto não acontece num vazio social, ao contrário, trata-se de verdadeiro acontecimento biopsicossocial, envolto em valores culturais, sociais e afetivos, com alto poder de significância na vida da mulher e sua família (ANDRADE; LIMA, 2014).

O que dizem as pautas legais?

No Brasil ainda não há uma legislação específica no que se refere à violência obstétrica, no entanto algumas Leis Estaduais e Municipais têm servido de modelo para projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional, visando uma melhor definição e criando mecanismos que facilitem denúncias e possível punição dos responsáveis.

A lei mais citada como referência para os projetos propostos é de Santa Catarina, Lei 17.097, de 17 de Janeiro de 2017 de autoria da deputada Ângela Albino, a qual propõe o [PL./0482.9/2013](#), publicado no DOE: 20.457, de 19/01/2017, a qual dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

Nela se considera a violência obstétrica como *“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”*. Qualifica ainda a ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas: 1. 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; 2. Fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas; 3. Fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros; 4. Não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto; 5. Tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; 6. 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; 7. Recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica; 8. Promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local; 9. Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto; 10. Impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante; 11. Submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional; 12. Deixar de aplicar anestesia na parturiente

quando esta assim o requerer; 13. Proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível; 14. Manter algemadas as detentas em trabalho de parto; 15. Fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado; 16. Após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto; 17. Submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes; 18. Submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar; 19. Retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais; 20. Não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS); 21. Tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Como se pode ver na relação acima, trata-se de uma pauta legal bastante exaustiva compreendendo diversos aspectos ligados as condutas que podem constituir violência obstétrica. A proposta sem dúvida significa um avanço importante para a superação desses quadros de violência, porém é insuficiente para promover mudanças profundas de condutas alicerçadas em profundas representações sociais que, de um lado vê o *médico* com um profissional indiferente as dores e relapso em seus procedimentos, sem tato humano; e, de outro lado, vê a mulher como ser desprezível e incapaz de compreender e gerir a própria saúde.

As pesquisas recentes evidenciam que o acompanhamento da parturiente por um familiar durante o parto contribui para o bem-estar físico e emocional dessa mulher (OLIVEIRA *et al.*, 2011). A presença do acompanhante fornece o apoio emocional que a mulher necessita para vivenciar este momento, oferecendo conforto e encorajamento. Essa presença permite reduzir os sentimentos de solidão, a ansiedade e os níveis de estresse causados pela vulnerabilidade da mulher e outros fatores, como desconforto durante o trabalho de parto, medo diante do que está por vir, ambiente não familiar e contato com pessoas desconhecidas. O apoio contínuo durante o parto e o nascimento também contribui para elevar a autoestima da mulher (DODOU *et al.*, 2014).

A presença de acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do Sistema Nacional de Saúde (SUS), como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização. Se a presença dos acompanhantes no parto deve ser implementada como uma política de saúde universal e equitativa, a informação regular sobre esta presença deve ser parte de protocolos de serviços e dos treinamentos para os profissionais, incluindo a responsabilização dos serviços que recusam a proteger e cumprir os direitos das mulheres (DINIZ *et al.*, 2014).

Na prática diária, o que se observa, no entanto, é uma série de dificuldades quanto à presença do acompanhante, seja por falta de estrutura física, rejeição por parte da equipe de saúde, ou pelo despreparo do acompanhante escolhido pela paciente, que não participa do pré-natal e não tem ciência do que ocorrerá durante o trabalho de parto, podendo inclusive acarretar confrontos desnecessários entre as partes. Importante lembrar que a presença de um acompanhante durante todo o período de pré-parto, parto e puerpério é um direito garantido pela Lei 11.108 que altera a Lei 8.080 de 1990, sendo acrescido do Capítulo VII, que versa sobre o acompanhamento da gestante, em 07 de Abril de 2005.

Embora se preconize que o que deve prevalecer no momento do parto com relação à escolha da via de parto, seja o parto normal ou cesariana à pedido, sem uma indicação médica específica; ocorre uma contradição legal, a partir da publicação da Lei do Ato Médico, Lei 12842, de 10 de Julho de 2013:

Artigo 4º- São atividades privativas do médico:

II- Indicação e execução de intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios.

XI- Indicação de internação e alta médica nos serviços de saúde.

Como se observa a cesariana como ato cirúrgico, mesmo sendo uma via de parto, *a priori* continua um procedimento cuja indicação deveria ser exclusivamente médica. No entanto, observa-se uma prática muito frequente, principalmente na rede privada, de realização de cesarianas à pedido da paciente ou família, e caso o médico não concorde com a realização da mesma e se recuse a realizá-la, mesmo estando amparado pela lei, corre o risco de ser acionado judicialmente por violência obstétrica, por não atender à solicitação da paciente.

E o que fazer na rede pública, onde muitas vezes não há estrutura adequada devido à superlotação, falta de insumos hospitalares e profissionais em número suficiente? Como conduzir uma paciente que não está disposta a submeter-se ao parto vaginal, pouco colaborativa, com pressão da família ameaçando a equipe às vezes até de violência física por achar que o parto vaginal está “sendo forçado”?

O próprio Código de Ética Médica (CEM, 2019) acaba por resguardar este direito de escolha da paciente, como se observa no Capítulo V, na relação com pacientes e familiares, onde se diz no artigo 31 que “*é vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte*” (p. 27).

Recentemente Projeto de Lei 435/2019 da Deputada Janaína Paschoal, sancionada em Lei pelo Governador do Estado (D.O. do Estado de São Paulo, 2019) causou grande debate, por defender que as pacientes usuárias do SUS devem ter direito de optar pela cesariana eletiva após 39 semanas e pela analgesia de parto, mesmo naqueles casos em que o trabalho de parto está transcorrendo sem intercorrência. A proposta vai claramente na contramão do que preconiza o Ministério da Saúde, que objetiva reduzir o número

alarmante de cesarianas no Brasil, que varia entre 50 a 90% dependendo da instituição, bem acima dos 10 a 15 % sugeridos pela OMS.

Se por um lado, essa lei pode eliminar um viés social importante, pois as pacientes na rede pública acabam não tendo direito de escolha na via de parto, pode também se tornar um motivo de conflitos entre pacientes, equipe e gestores. Pois, uma vez que a cesariana demanda maior gasto, maior tempo de internação e necessidade de salas de cirurgia disponíveis para procedimentos eletivos, o que muitas vezes não existe, devido à grande demanda de urgências, essas não serão priorizadas. Além disso, vai de encontro com a Lei do Ato Médico que estabelece ao médico o direito de indicar qualquer procedimento cirúrgico.

O que dizem as entidades médicas?

De acordo com o parecer CFM 32/2018 (CFM, 2018) a expressão “*violência obstétrica*” é vista como uma agressão contra a medicina e especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.

O parecer trata da utilização da expressão violência obstétrica como pejorativa e estigmatizante ao profissional médico, uma vez que as situações que a caracterizam não dependem exclusivamente dos médicos. Cita-se também o termo “*boas práticas*”, usado pelas entidades que criticam a atuação médica, que por si só já discrimina as condutas médicas que não estejam em acordo com sua visão do que seria uma assistência adequada ao parto.

Entre suas conclusões cita-se que o termo violência obstétrica deveria receber outra designação devido a todas as outras inadequações institucionais, de equipe e outros personagens envolvidos; a necessidade de leis, regras e protocolos para um atendimento com segurança garantindo os princípios da boa prática médica e da bioética; a participação diminuída dos médicos após portarias, programas oficiais do Ministério da Saúde e mudanças na legislação do SUS, sem que as entidades de classe participassem das discussões; criação de leis nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, algumas vezes com claro viés político-ideológico, que buscam transferir a responsabilidade pelas mazelas no atendimento de saúde aos médicos. Algumas sugerindo até mesmo pena de detenção caso a paciente se sinta vítima de violência obstétrica, intensificando os conflitos entre sistema, médicos e pacientes, acarretando quase sempre demandas judiciais.

O efeito desses documentos e legislações pode ser antagônico ao que se procura e deseja para ambas as partes.

A Resolução 293/2019 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) dispõe sobre a proibição de adesão, por parte dos médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno fetal. Tal Resolução se baseou no Capítulo I, incisos VII, VIII e XXI do Código de Ética Médica (CEM), Artigos 20 e 32 do CEM, Resolução Conselho Federal

de Medicina (CFM) nº 2.144/2016, Artigo 3º Lei 9263/1996 e Parecer nº 32/2018 (CFM) e determina em seu Artigo 1º que “é vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal” (CREMERJ, 2019).

Entre os motivos dessa Resolução cita-se a interferência na tomada de decisões acerca de procedimentos por pessoas sem o devido preparo técnico; o temor dos médicos de serem processados caso não sigam estas orientações, muitas sem fundamento científico, com viés antimédico e o risco de denúncias de violência obstétrica no caso de recusa em assinar o Plano de Parto (CREMERJ, 2019). Finaliza o texto garantindo o respeito à autonomia da gestante, mas jamais trazendo riscos ao binômio materno-fetal.

O Plano de Parto tem por finalidade garantir a autonomia da mulher em seu processo de parturição, sendo de grande valia quando a gestante está ciente de como transcorre a evolução do trabalho de parto, suas variações e intercorrências e discutido com seu médico assistente a real necessidade de realizar determinados procedimentos. Na prática, porém o que se observa são pacientes chegando à maternidade com um Plano de Parto acessado em meios eletrônicos, cuja confecção muitas vezes é realizada por outros profissionais da área da saúde e até por pessoas que não são da área, trazendo tópicos polêmicos, solicitando que procedimentos às vezes necessários, mas que por algumas entidades não médicas são considerados violência obstétrica ou proscritos não sejam realizados em hipótese alguma, colocando o médico em uma situação de conflito com a gestante e seus acompanhantes, sem que a mesma tivesse sido devidamente esclarecida quanto a cada item contido no documento.

Há duas décadas se discute em nível mundial a necessidade de mudanças no modelo de atendimento ao parto. Há grande divergência na literatura quanto aos modelos mais ou menos intervencionistas no que diz respeito aos seus riscos e benefícios, mas observa-se uma tendência a optar-se cada vez mais pelos modelos menos intervencionistas.

Independente do modelo adotado ou preconizado tem-se visto debates acalorados na sociedade e no meio político, onde por um lado atacam-se os médicos por serem mais intervencionistas, e por outro lado atacam-se as entidades não médicas, por não terem o mesmo nível de treinamento para resolução de possíveis intercorrências que possam ocorrer, uma vez que mesmo sendo um evento fisiológico do processo reprodutivo, não é totalmente isento de riscos.

No meio de todo esse debate se encontram as gestantes, que muitas vezes não tem acesso a um pré-natal de qualidade, preocupadas com o momento do parto e em como será seu atendimento.

Os modelos intervencionistas, ainda que estejam sendo substituídos não podem ser totalmente abandonados, visto há situações em que se tornam imperiosos. Por outro lado os modelos não intervencionistas devem estar cientes dos riscos e ter suporte para intervenções quando se fizerem necessárias. O perigo que se observa por um lado é a

criminalização de procedimentos médicos por um lado, e a banalização do nascimento como um processo fisiológico sem risco, por outro lado.

A existência da violência obstétrica é um fato inegável e deve ser combatido por todos os envolvidos na assistência materno-infantil. É necessário também mudanças no modelo de Ensino Médico, para que as novas gerações de médicos e obstetras tenham, além do aprendizado técnico, o conhecimento de como realizar um atendimento humanizado e cientificamente embasado no momento do parto.

Há, ainda, a necessidade de: 1. Maior conscientização das gestantes quanto à importância de realizar um pré-natal de qualidade, quanto aos seus direitos e ao papel de cada prestador de assistência no momento do parto; 2. Maior investimento por parte dos órgãos governamentais na assistência básica e no acesso às unidades hospitalares, garantindo à mãe e ao bebê um parto saudável.

Entendemos ser, da maior importância, achar-se um ponto de equilíbrio entre esses modelos, evitando atritos entre médicos, doulas, equipe de enfermagem, pacientes e acompanhantes, uma vez que todos estão interessados no bem estar materno-infantil, cada um com sua visão e com seu papel neste momento importante da vida da mulher. Cada um deles apresenta argumentos legítimos e racionais em defesa de aspectos fundamentais da saúde.

Para sintetizar alguns posicionamentos entre as partes integrantes desse cenário apresentamos o quadro 1 que pode ajudar na continuidade dessa discussão.

Quadro 1. Síntese dos posicionamentos de pacientes e da classe médica.

<i>Argumentos - Violência obstétrica</i>	<i>Argumentos - Violência Contra os obstetras</i>
Mãe separada do bebê	Ofensas verbais, ameaças e agressões físicas.
Cesáreas não informadas, nem pactuadas com a mulher e família.	Exigência de se realizar cesariana sem indicação médica sob ameaça de processo judicial ou agressão física
Impedimento à presença do acompanhante (marido ou outros)	Intimidações para que haja resolução de problemas institucionais como falta de leitos ou insumos
Parto é assunto da família e da mulher, que devem ter protagonismo.	Negação em se aceitar condutas e procedimentos por indicação médica, culpando os mesmos de eventuais intercorrências caso não sejam realizados, alegando não ter conhecimento da real necessidade dos mesmos.

Intervencionismo desnecessário	Questionar a capacidade técnica de indicar e realizar procedimentos, mesmo quando necessários, por achar que não podem mais ser utilizados no cenário atual. Imposição do plano de parto, sem prévia discussão sobre o mesmo.
Falta de informação	Acusar e “condenar” o médico sem que o mesmo tenha oportunidade de explicar os fatos ocorridos, em caso de desfecho negativo para mãe ou feto.
Ofensas, humilhação e expressão de preconceitos arraigados em relação à saúde e à sexualidade da mulher.	Expor fotos e filmagens do médico, sem sua autorização, na TV ou em mídias sociais, com acusações muitas vezes infundadas, com intuito de denegrir sua imagem pessoal e profissional.

Fonte: Construídos pelos autores (2020).

Considerações finais

Os dados apontam para a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica, preferencialmente em documentos legais que a defina e criminalize. Tal conceituação auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações. Consideram-se necessárias mudanças nas práticas assistenciais vigentes, visando reduzir as intervenções desnecessárias e as violações aos direitos das mulheres.

Também se faz necessário pacificar as relações esclarecendo direitos e deveres de todos os atores de modo que os médicos obstetras não se vejam intimidados e acuados em seu trabalho. Afinal, uma sociedade em que há muito litígio, apresenta sinais de falta de diálogo e informação de qualidade para todos.

Referências

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. **In Cadernos Humaniza SUS - Humanização do parto e nascimento**, v. 4, p. 19-46. Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde, 2014. Acesso em 26 de julho, 2016, em http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) –

Brasília, DF: Autor, 2015. Acesso em 15 de agosto, 2015, em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

CFM. PARECER 32/2018. Interessado: Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal; Assunto: Violência Obstétrica; Relator: Cons. Ademar Carlos Augusto, 2018.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. p. 27, 2019.

CREMERJ. RESOLUÇÃO 293/2019. DOERJ 06/02/2019 Parte V, p. 5, Rio de Janeiro, 2019.

DA SILVA, L. J.; DA SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009.

DE OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F.; DE GALIZA, F. T. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: Percepção de puérperas. **Cogitare Enferm** v. 16, n. 2, p. 247-253, 2011.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1(1), p. 80-91, 2006.

DINIZ, C. S. G.; d’ORSI, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; TORRES, J. A.; DIAS, M. A. B.; SCHNACK, C. A.; LASNKY, S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; RANCE, S.; SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública** v. 30 (suppl 1), p. 140-153, 2014.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; GUERREIRO, E. M.; GUEDES, M. V. C.; LAGO, P. N.; MESQUITA, N. S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepção de puérperas. **Esc. Anna Nery** v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.

HEILBORN, M. L.; SALEM, T.; ROHDEN, F.; BRANDÃO, E.; KNAUTH, D.; VÍCTORIA, C.; AQUINO, E.; McCALLUM, C.; BOZON, M. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horiz. antropol.** Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002.

SILVA, J. L. E; FERREIRA, E. DA F.; MEDEIROS, M.; ARAÚJO, M. L.; DA SILVA, A.G.C.B.; VIANA, E. DE S. R. Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 8, p. 182-187, 2011.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez**, 2013 E-book. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=k2aqCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=gravidez+psicologia&ots=qUmznCDJvb&sig=braBNP_utOR7ocifHqqafDa6GNQ#v=onepage&q=gravidez%20psicologia&f=false>. Acesso em 14 de abril de 2020.

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra, 2014.

SANFELICE, C. F. DE O.; ABBUD, F. DA S. F.; PREGNOLATTO, O. S., DA SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, v.15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. DE F. Percepção dos médicos sobre violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface- comunicação, saúde, educação**. v. 23, p. 1-16, 2019.

SILVA, T. S.; MELO, R. S.; SODRÉ, M. P.; MOREIRA, R DE C. R.; SOUZA, Z. C. S. N. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Rev. Ciência Ext.** v. 13, n. 1, p. 176-189, 2017

SOUSA, L. DE A. R.; MORAIS, A. V. Posicionamento FEBRASGO-Violência Obstétrica. P.4-10. 2018

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. A.; DINIZ, S. D. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015

Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 DOE: 20.457 Santa Catarina, 2017

Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. DOU, Brasília, 2005

Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. DOU, Brasília, 2013

Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. DOE, São Paulo, v.129, n. 160, p. 1, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group**. Geneva: Autor, 1996. Acesso em 30 de agosto, 2015, em [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)

ZANARDO, G. L. DE P.; URIBE, M. C.; DE NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**. v. 29, p. 1-11, 2017.