



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA – PPGSS



**Dor e Violência no Parto: maus tratos a mulheres em uma maternidade de  
Manaus**

MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA

Bolsista Capes

MANAUS - AM

2019

MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA

**Dor e Violência no Parto: maus tratos a mulheres em uma maternidade de  
Manaus**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Área de concentração em Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia, sob a orientação da professora orientadora Iraildes Caldas Torres.

Orientadora: Iraildes Caldas Torres

MANAUS - AM

2019

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586d Silva, Maria Raquel Cruz da  
Dor e Violência no Parto: maus tratos a mulheres em uma  
maternidade de Manaus / Maria Raquel Cruz da Silva. 2019  
178 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Iraildes Caldas Torres  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na  
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Relações de Gênero;. 2. Violência Obstétrica;. 3. Direitos das  
Mulheres.. 4. Manaus/AM. . I. Torres, Iraildes Caldas II.  
Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA

**Dor e Violência no Parto: maus tratos a mulheres em uma maternidade de  
Manaus**

Aprovado em 28 de Junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>ª</sup>. Orientadora Dra. Iraildes Caldas Torres - Presidente  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof<sup>ª</sup> Dra. Márcia Maria de Oliveira – Membro  
Universidade Federal de Roraima - UFRR

Prof<sup>ª</sup> Dra. Lidiany de Lima Cavalcante – Membro  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

***Dedicatória***

*À todas as mulheres que sofreram violência obstétrica.*

*Aos meus avós Ana Maria Cruz da Silva e José Cordeiro da Silva, os meus pais Raimunda Cruz da Silva e Antônio Carlos que sempre me incentivaram a estudar e a não desistir em meio as dificuldades e adversidades da vida.*

## AGRADECIMENTOS

Trilhar o percurso do curso de mestrado foi desafiador e eu não teria conseguido sem o apoio de pessoas especiais com quem pude contar nesse processo. Agradecer é essencial, pois o poder da gratidão é fonte necessária de luz, paz e resiliência.

Agradeço a Deus, primeiramente, força maior que conduz minha vida pela proteção, pelo imenso amor, pela força que me concedeste para superar os inúmeros desafios que se apresentaram, pela saúde e vigor após a qualificação o que foi primordial para continuação da pesquisa e escrita da dissertação.

Agradeço à minha orientadora, professora doutora Iraíldes Caldas Torres, por me acolher em seu grupo de pesquisa no momento em que mais precisei, por confiar no potencial do tema deste trabalho, gratidão pelo incentivo, apoio, paciência, compreensão e pelas valiosas observações, orientações, sugestões que muito contribuíram durante o processo de escrita e conclusão desse trabalho. Minhas palavras não seriam suficientes para tamanha gratidão;

Agradeço à professora Márcia Oliveira por toda a partilha de conhecimento no grupo de trabalho do EMFLOR, em 2017, conhecê-la foi importante e motivante para eu tomar fôlego e prosseguir na preparação para qualificação no momento em que encontrava-me num processo de superação diante da fragilidade, cansaço e desânimo que se apresentaram no meu caminho.

Agradeço aos membros da banca de qualificação, professora Iolete Ribeiro e Lucilene Ferreira de Melo, pelas valiosas contribuições ao nosso objeto de estudo, por ocasião do ritual de qualificação;

À Capes pela concessão da bolsa de pesquisa, a qual foi importante para subsidiar a execução da pesquisa;

Ao secretário do PPGSS Sr. Washington Colares que sempre nos atendeu muito bem e sempre se dispôs a nos informar e esclarecer todas as vezes que foi solicitado.

Aos meus avós e pais de criação Ana Maria e José, pela educação que me proporcionaram, por todo incentivo aos estudos cuidando para eu não desistir dos meus objetivos, gratidão por toda ajuda e compreensão, obrigada por cuidarem de mim nos períodos em que a saúde me faltou, a vocês o meu mais profundo amor, dedicação e carinho. À minha avó, principalmente, obrigada por todo carinho, cuidado, respeito e consideração;

Aos meus pais biológicos minha gratidão pelo incentivo para que eu crescesse profissionalmente e chegasse a concluir o mestrado, à minha mãe pela ajuda e cuidado nos momentos em que minha saúde esteve frágil e ao meu pai, agradeço, por me provar que poderia contar com sua ajuda e palavras de incentivo e esperança;

Ao meu tio Francisco por todo apoio para prosseguir nos estudos e por toda ajuda financeira, muito obrigada, não teria palavras suficientes para agradecer-lo, à você meus mais sinceros e profundos agradecimentos.

Aos meus irmãos, primos e tios com os quais pude contar na minha ausência no cuidado com a minha casa e com a saúde dos meus avós;

Aos colegas do mestrado e fora dele, em especial a Viviane Benes, Renata, Gheysa, Bárbara, Jaqueline, Juliane, Aline Pedraça, Jone, Alziany, Rosemeire, Susyellen e Viviane, gratidão seja pelas palavras de incentivo, força, pelos momentos de diálogo, pela troca de experiência e por todo o apoio. Agradeço à Bárbara pela paciência e apoio durante a fase de submissão do trabalho ao comitê de ética;

Agradeço ao Grupo de Estudo, Pesquisa e Observatório Social: Gênero, Política e Poder – GEPOS, pela formação propiciada a mim, repleta de fraternidade, solidariedade, companheirismo, possibilitando-me momentos de aprendizado e crescimento, por meio das reuniões mensais e encontro anuais de formação com temáticas multidisciplinares.

Aos amigos do GEPOS, em especial Kelliene, Jucimara, Shigeaki, Elisiane e Sandrelle pelos momentos de diálogo, diversão e incentivo a prosseguir na pesquisa e na escrita da dissertação. A Ana Paula por todo diálogo, compreensão e parceria importante para ambas.

As mulheres integrantes do Humaniza Coletivo Feminista pela anuência, partilha de informações e disposição em conceder entrevistas.

A Assistente Social e a gerência de pesquisa do Instituto da Mulher Dona Lindu por todo apoio nos trâmites, para realização da pesquisa na maternidade;

A Assistente Social Débora Leão do Ministério Público do Estado do Amazonas pela acolhida e disposição em ajudar no consentimento da anuência.

À Promotora do Ministério Público Federal pela disposição em dar anuência à realização da pesquisa documental e de campo e por aceitar ser entrevistada.

À Gerente da Rede cegonha pela orientação sobre o consentimento da anuência e pelo aceite de participação da entrevista.

A todos aqueles que, de uma forma geral, contribuíram para dar vida a este trabalho, registro aqui minha sincera e profunda gratidão.

*É nas palavras leves da poesia que encontramos a dimensão do desafio,  
removendo pedras e plantando flores.*

*(Cora Coralina)*

## RESUMO

Este estudo assume o propósito de verificar em que sentido a violência obstétrica se apresenta como agressão aos direitos humanos e quais os fatores que contribuem para essa prática. Trata-se de um tema ancorado na temática de gênero que estabelece diálogo com saberes interdisciplinares, tendo como base as ciências sociais e o serviço social. A violência obstétrica é concebida como uma prática nefasta que ocorre por ocasião do parto, perpetrada por parte de profissionais da área de saúde, os quais utilizam-se simbolicamente do mito fundador da humanidade (mito de Eva) para depreciar a mulher com palavras e atos. O trabalho de campo assumiu a orientação das abordagens qualitativas sem excluir os aspectos quantitativos. A coleta de dados primários foi realizada sob a técnica da entrevista profunda. O locus da pesquisa concentrou-se na maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu, situada na cidade de Manaus. A investigação revelou a existência e recorrência da violência obstétrica como uma conduta antiética e sem bases científicas, por parte de alguns profissionais da área da saúde. Fica claro, por fim, que a violência obstétrica tem raízes sólidas nas relações desiguais de gênero, na moralidade religiosa e patriarcal, na violência institucional e cultural que legitimam a violência simbólica e moral perpetrada contra a mulheres na hora do parto.

**Palavras – Chave:** Relações de Gênero; Violência Obstétrica; Direitos das Mulheres. Manaus/AM.

## **ABSTRACT**

This study assumes the purpose of verifying in what sense obstetric violence presents itself as an aggression to human rights and which factors contribute to this practice. It is a topic anchored in the theme of gender that establishes dialogue with interdisciplinary knowledge, based on social sciences and social service. Obstetric violence is conceived as a disastrous practice that occurs at birth, perpetrated by health professionals, who use symbolically the founding myth of humanity (Eve) to deprecate women with words and deeds. Fieldwork has assumed the orientation of qualitative approaches without excluding quantitative aspects. The primary data collection was performed under the deep interview technique. The locus of the research focused on the maternity Institute of Women Dona Lindu, located in the city of Manaus. The investigation revealed the existence and recurrence of obstetric violence as an unethical conduct and without scientific bases, by some health professionals. It is clear, finally, that obstetric violence has strong roots in unequal gender relations, religious and patriarchal morality, institutional and cultural violence that legitimize the symbolic and moral violence perpetrated against women at the time of childbirth.

Keywords: Gender Relations; Obstetric Violence; Women's Rights. Manaus / AM..

## **RESUMEN**

Este estudio asume el propósito de verificar en qué sentido la violencia obstétrica se presenta como agresión a los derechos humanos y cuáles son los factores que contribuyen a esa práctica. Se trata de un tema anclado en la temática de género que establece diálogo con saberes interdisciplinarios, teniendo como base las ciencias sociales y el servicio social. La violencia obstétrica es concebida como una práctica nefasta que ocurre con ocasión del parto, perpetrada por parte de profesionales del área de salud, los cuales se utilizan simbólicamente del mito fundador de la humanidad (Eva) para depreciar a la mujer con palabras y actos. El trabajo de campo se ha orientado a los enfoques cualitativos sin excluir los aspectos cuantitativos. La recolección de datos primarios fue realizada bajo la técnica de la entrevista profunda. El locus de la investigación se concentró en la maternidad Instituto de la Mujer Doña Lindu, situada en la ciudad de Manaus. La investigación reveló la existencia y recurrencia de la violencia obstétrica como una a la conducta antiética y sin bases científicas, por parte de algunos profesionales del área de la salud. Por supuesto, la violencia obstétrica tiene raíces sólidas en las relaciones desiguales de género, en la moralidad religiosa y patriarcal, en la violencia institucional y cultural que legitiman la violencia simbólica y moral perpetrada contra las mujeres a la hora del parto.

Palabras clave: Relaciones de Género; Violencia Obstétrica; Derechos de las mujeres. Manaus / AM.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Frente do Instituto da Mulher Dona Lindu. ....	45
<b>Figura 2</b> – Fases do Partejamento ou Trabalho de Parto Normal. ....	56
<b>Figura 3</b> - Recepção do Instituto da Mulher. ....	59
<b>Figura 4</b> – Triagem na sala de acolhimento. ....	60
<b>Figura 5</b> – Incentivo ao cumprimento da Lei do Acompanhante e às boas práticas recomendadas pela OMS. ....	62
<b>Figura 6</b> – Acolhimento às mulheres assistidas no Instituto da Mulher. ....	63
<b>Figura 7</b> – Criança com seqüela causada pela Manobra Kristeller. ....	86
<b>Figura 8</b> – Grupo de Vinculação das gestantes com a Maternidade. ....	102
<b>Figura 9</b> – Fotografia da Primeira Audiência de Violência Obstétrica. ....	112
<b>Figura 10</b> - Assinatura do Termo de Cooperação Técnica na Segunda Audiência. ....	117
<b>Figura 11</b> – Fotografia da Terceira Audiência. ....	119
<b>Figura 12</b> – Reunião do Comitê de Combate à Violência Obstétrica. ....	121
<b>Figura 13</b> – Movimento de Humanização do Parto e Nascimento do Amazonas. ....	134
<b>Figura 14</b> – Fotografia das componentes do Humaniza Coletivo Feminista. ....	139
<b>Figura 15</b> – Participantes do Humaniza com sua Bandeira de Luta. ....	140
<b>Figura 16</b> – Discussão sobre a Lei Estadual de Combate a Violência Obstétrica. ....	149

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Denúncias de Violência Obstétrica no Estado do Amazonas.....	24
<b>Tabela 2</b> - Idade das mulheres entrevistadas.....	67
<b>Fluxograma 1:</b> Fluxo de atendimento à gestante no Instituto da Mulher Dona Lindu.....	58
<b>Gráfico 1</b> – Perfil de Idade Reprodutiva.....	67
<b>Gráfico 2</b> – Estado Civil.....	69
<b>Gráfico 3</b> – Violência Obstétrica no Brasil – Pesquisa Nascir no Brasil.....	81

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Tipificação dos Casos de Violência Obstétrica no Amazonas.....	25
<b>Quadro 2</b> - Direitos Sexuais e Reprodutivos.....	30
<b>Quadro 3</b> - Maus Tratos vivenciados pelas mulheres.....	39
<b>Quadro 4</b> – Práticas prejudiciais ou ineficazes na realização do parto normal.....	77
<b>Quadro 5</b> - Práticas prejudiciais e motivos associados.....	80
<b>Quadro 6</b> - Práticas prejudiciais e motivos associados.....	82
<b>Quadro 7</b> - Recomendações da OMS 2018 sobre os cuidados relacionados ao Parto.....	84
<b>Quadro 8</b> – Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica.....	91
<b>Quadro 9</b> – Ações planejadas e realizadas pelo Serviço Social da Maternidade.....	99
<b>Quadro 10</b> – Principais ações realizadas pela equipe multiprofissional.....	104
<b>Quadro 11</b> – Principais dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional.....	106
<b>Quadro 12</b> – Papel do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica.....	122
<b>Quadro 13</b> – Participação das instituições no Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica.....	124
<b>Quadro 14</b> – Avanços do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica.....	128
<b>Quadro 15</b> – Opinião sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.....	131
<b>Quadro 16</b> – Opinião sobre a implementação da Rede Cegonha.....	132

## **LISTA DE SIGLAS**

AVASUS - Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS

ILANUD - Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquent

IHAC - Iniciativa Hospitais Amigo da Criança

MPEAM - Ministério Público do Estado do Amazonas (MPEAM),

MPF - Ministério Público Federal

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Agência da Organização das Nações Unidas

PFDC - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PPP - Pré-Parto, Parto, Pós-Parto

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Parto e Nascimento

SEJUSC – Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSAM – Secretaria do Estado de Saúde

UNASUS - Universidade Aberta do SUS

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>SEÇÃO I - A VIOLÊNCIA NO PARTO COMO EXPRESSÃO DA CONDIÇÃO DE GÊNERO.....</b>	<b>20</b>
1.1 A violência obstétrica e os entrelaçamentos com as relações de gênero e de poder.....	20
1.2 Violência obstétrica: a dor vivenciada além do parto.....	34
1.3 O Instituto da Mulher Dona Lindu e a luta dos movimentos feministas.....	44
<b>SEÇÃO II – DOR E SOFRIMENTO DA MULHER NA HORA DO PARTO .....</b>	<b>56</b>
2.1 A hora do Parto no Instituto da Mulher Dona Lindu .....	56
2.2 Parturientes, quem somos? .....	65
2.3 O trabalho da equipe multiprofissional na interface com a humanização do parto .....	89
<b>SEÇÃO III – A REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MANAUS .....</b>	<b>110</b>
3.1 Posição do Ministério Público Federal sobre a violência obstétrica.....	110
3.2 O trabalho do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica .....	121
3.3 A ação do movimento de mulheres no enfrentamento da violência obstétrica .....	133
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>151</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>154</b>

## INTRODUÇÃO

Este estudo realiza uma abordagem sobre a violência obstétrica, buscando verificar de que forma ela se apresenta como agressão aos direitos humanos das mulheres e quais os fatores que contribuem para a sua existência. Nossa intenção consistiu em averiguar a manifestação das violências ocorridas por ocasião do parto, configurando-se como violência obstétrica, dando destaque às mulheres atendidas no Instituto da Mulher Dona Lindu, em Manaus. Buscamos averiguar quais os elementos simbólicos que dão vazão à essa prática de violência, em que atos ela se configura e de que forma ela é enfrentada pela equipe multiprofissional do Instituto da Mulher Dona Lindu, com ênfase à ação do setor de Serviço Social dessa maternidade.

Esse é um tema relativamente novo enquanto campo de pesquisa, e se apresenta no contexto da violência contra a mulher como uma expressão da questão social, um problema social, que atinge muitas mulheres sob várias formas, dentre elas a violência no parto reconhecida internacionalmente como violência obstétrica. Trata-se de um fenômeno multifacetado que afeta a saúde e a qualidade de vida das mulheres, seus impactos podem alcançar a criança, o cônjuge e até a família.

É um assunto que ressurge de forma inovadora e instigante no âmbito das Ciências Sociais e do Serviço Social, o qual nos chamou a atenção desde a prática do estágio quando visitei uma maternidade para fazer a divulgação dos serviços da Rede de Proteção e Defesa dos Direitos da Mulher, na campanha dos 16 dias de ativismo. Trata-se de uma campanha que se volta para o ativismo em favor do fim da violência contra a mulher, momento em que fui surpreendida com uma mulher no corredor da maternidade sofrendo em dores de parto sozinha, e sem a presença de nenhum profissional por perto, para auxiliá-la. Esta situação comoveu-me a ponto de interessar-me por essa temática.

A violência contra a mulher constitui-se numa expressão da questão social e, como tal, é objeto de intervenção profissional do assistente social que em sua competência profissional formula planos e proposições para a intervenção. Direcionar o olhar para os problemas que afetam a saúde e a vida das minorias sociais implica ao Serviço Social, abrir-se à outras perspectivas de análise, construídas no processo contemporâneo das mudanças sociais, para o entendimento do fenômeno.

A violência obstétrica é aquela que ocorre no âmbito da assistência à saúde da mulher durante o período de gestação, parto e pós-parto e em situações de abortamento, praticada por profissionais da área de saúde, compondo o arco das violências vinculadas às relações de gênero. Para Scott (1991), as relações de gênero suscitam relações de poder que, por sua vez, sustentam desigualdades de gênero atingindo fortemente as mulheres. Estas relações desiguais de gênero e de poder fundamentam a prática da violência contra a mulher.

A violência obstétrica, conforme Diniz (2005), pode ser percebida sob a perspectiva de gênero como violência simbólica (BOURDIEU, 2011), violência moral (SEGATO, 2003) e também na forma de violência física, psicológica, sexual, institucional, financeira e midiática (CIELLO et al, 2012). Uma das formas mais reconhecidas de violência obstétrica ocorre com a presença de atos ou ações e procedimentos sem o consentimento da mulher, provocando danos à sua saúde (TESSER, 2015). Todas essas formas de violência contrariam as diretrizes e princípios estabelecidos no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002) e na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A violência obstétrica, antes mesmo de ser debatida no Brasil, já tinha repercussão internacional em países em desenvolvimento como a Argentina, Venezuela e México, o que provocou nos últimos anos o posicionamento de organizações vinculadas à ONU – Organização das Nações Unidas. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS), agência da Organização das Nações Unidas (ONU), responsável por temas relacionados à saúde da população mundial, pronunciou-se nos seguintes termos: “no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde” (OMS, 2014, p.1).

Uma suposição que dá sustentação ao estudo aqui empreendido é o fato de que a figura da mulher, sua representação social, comporta o simbolismo associado à Eva, mulher considerada lasciva pela cultura patriarcal que fez entrar o pecado no mundo pela via do sexo (maçã), considerada uma depravada sexual que desobedeceu a Deus. O castigo impetrado a Eva pelo Criador é tomado propositadamente e de forma vil como símbolo para instituir o patriarcado centrado numa moral judaica de controle da sexualidade da mulher, que é culpabilizada pela entrada do mal ou do pecado original na humanidade. Trata-se da instituição

de um tipo de violência simbólica e moral que deprecia a condição da mulher e de seu ser, durante o parto, atingindo dessa maneira a integridade moral e psicológica da parturiente.

Esta pesquisa assumiu as orientações das abordagens qualitativa sem desconsiderarmos os aspectos quantitativos, sob o aporte das teorias de gênero e seu contexto no âmbito das ciências sociais aplicadas. Os procedimentos técnicos utilizados na coleta de dados primários se ativeram na realização de entrevista semiestruturada com amostra de 10 mulheres que foram assistidas durante o parto no Instituto da Mulher Dona Lindu, para sabermos de que forma elas foram acometidas por violência obstétrica. Fizemos a opção por mulheres que se enquadrassem no seguinte requisito: mulheres assistidas durante o parto no Instituto da Mulher, no ano de 2018, excluindo da pesquisa mulheres menores de idade e mulheres atendidas oriundas de outro Estado. Utilizamos nomes de flores para nomear as mulheres ouvidas em nossa pesquisa, para salvaguardar o anonimato de suas identidades e integridade moral.

Entrevistamos também os profissionais da saúde sendo 01 Assistente Social, 01 psicólogo, 01 enfermeiro e 01 médico obstetra. Escolhemos só aqueles profissionais da saúde que atendem diretamente as mulheres no Instituto da Mulher com mais frequência. Ouvimos, por fim, representantes de instituições estatais e movimento feminista que compõem o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica, sendo: 01 representante do Ministério Público Federal do Amazonas; 01 Assistente Social do Ministério Público do Estado do Amazonas; 01 representante da Rede Cegonha; 01 representante do Humaniza Coletivo Feminista, consideramos apenas os representantes atuantes no Comitê Estadual de Enfrentamento a Violência Obstétrica e que representam instituições relevantes para esse estudo. Todos foram ouvidos sob a técnica de entrevista profunda.

A entrevista profunda, conforme sugere Bourdieu (1999), é uma técnica que nos permite entrevistar o mesmo sujeito quantas vezes forem necessárias. Para obtermos êxito nas respostas geradas na pesquisa aplicamos os instrumentos com perguntas distintas aos sujeitos da pesquisa. Os dados secundários perfizeram uma amostra de 10 denúncias registradas no Ministério Público Federal (MPF) e 15 denúncias registradas na ouvidoria do Instituto da Mulher Dona Lindu. A intenção consistiu em averiguarmos o teor dessas denúncias que compõem o Inquérito Civil, os Boletins de Ocorrência e Ofícios com o encaminhamento delas para o Ministério Público Federal.

Este trabalho está estruturado em três seções para melhor disposição didática. A primeira trata da violência obstétrica como expressão da violência contra a mulher, dando destaque à dor que essa violência provoca à vida da mulher agredida para além do parto. Apresentamos o Instituto da Mulher Dona Lindu como o lugar de nossa pesquisa e a luta dos movimentos feministas no enfrentamento à violência contra a mulher.

A segunda seção expõe a estrutura da maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu, mostrando as adaptações no ambiente físico e os investimentos na contratação de profissionais para melhoria da prestação de assistência. Procuramos apresentar o perfil das mulheres assistidas na maternidade, em 2018, apontando os diversos tipos de violência obstétrica praticados por profissionais do Instituto Dona Lindu causando dor e sofrimento a essas mulheres. Apresentamos uma abordagem sobre a equipe multiprofissional desta maternidade, com destaque para o trabalho do assistente social.

A terceira seção apresenta a rede de enfrentamento à violência obstétrica, iniciando com a fala institucional do Ministério Público sobre a violência obstétrica, destacando as ações desenvolvidas por este Ministério Público sobre os casos de denúncias cobrados pelo movimento de mulheres pela humanização do parto. Inserimos na análise o Comitê Estadual de combate à Violência obstétrica e suas ações, apontando as dificuldades que são enfrentadas e os avanços a serem alcançados. Analisamos, por fim, a ação do movimento de mulheres no enfrentamento à violência obstétrica, desde 2015, por meio da incansável e intensa luta do Humaniza Coletivo Feminista que contribui com ações em defesa dos direitos das mulheres no momento da gestação, parto e pós-parto.

É assim que este estudo assume fundamental importância na medida em que não só contribuirá para enriquecer a temática das relações de gênero, mas também porque poderá contribuir, enquanto diagnóstico, para a fundamentação de estratégias ao Coletivo Feminista Humaniza e ao Comitê de Enfrentamento a Violência Obstétrica, frente à reivindicação de políticas para as mulheres.

## SEÇÃO I - A VIOLÊNCIA NO PARTO COMO EXPRESSÃO DA CONDIÇÃO DE GÊNERO

Há uma inversão ideológica fantástica no Brasil:  
a violência é vista como ordem.  
(Marilena Chauí)

### 1.1 A Violência Obstétrica e os entrelaçamentos com as relações de gênero e de poder

A violência obstétrica encontra-se sedimentada nas relações desiguais de gênero existentes na sociedade patriarcal brasileira. Desvelar este fenômeno social pressupõe primeiramente elucidar o patriarcado que historicamente enraizou-se na sociedade como um sistema controlador da vida das mulheres e posteriormente explicar as relações de gênero e de poder e seus entrelaçamentos com a violência obstétrica.

O patriarcado é um sistema de ideias que estabelece relações assimétricas e binárias entre homens e mulheres, com uma lógica de divisão sexual dos papéis e atribuições determinadas para o gênero masculino e feminino, sendo ao homem estabelecido o papel de provedor e chefe da família, e à mulher compete o papel de reprodutora, esposa e mãe. Saffioti (1987, p. 9) ao tecer críticas sobre o patriarcado chama a atenção para este sistema dizendo que “a mulher é socialmente responsável pela manutenção da ordem na residência, criação e educação dos filhos”.

Até em tempos bem recentes<sup>1</sup> a sexualidade da esposa era regulada pelo marido para garantir a paternidade segura, em função da herança e da propriedade. Na família monogâmica essa ideia era intensamente reforçada na medida em que “a monogamia pretendia assegurar os direitos do homem sobre a propriedade e inclusive sobre a mulher, para isso, passou a exigir fidelidade dela, com o intuito de assegurar a paternidade dos filhos” (GEVEHR, 2014, p. 114). É incontestável a ideia de que o patriarcado subjuga a mulher a uma condição de inferioridade em relação ao homem, haja vista que nas sociedades o homem possui maior reconhecimento social devido ao poder e domínio que ele exerce sobre a mulher e a família.

Na visão de Saffioti (1987, p. 58) “o patriarcado não se resume a um sistema de dominação modelado pela ideologia machista, é mais do que isto, ele é também um sistema de exploração”. Não se trata apenas de uma ideologia dominante que emerge com o intuito de

---

<sup>1</sup> É a partir, sobretudo, da chamada revolução.

socializar o homem para dominar a mulher, e a mulher que é submetida ao poder do macho, mas significa dizer que a subordinação e a servidão da mulher ao homem e o não reconhecimento dela, a torna objeto de exploração do homem no âmbito da família, sendo reproduzido também pela sociedade.

A historiografia dá conta de que a igreja católica é uma das instituições que mais fortaleceu as ideias do patriarcado. De acordo com Torres (2005, p. 54), “[...] o cristianismo antigo se encarregou de dar pujança a uma rede de tabus e preconceitos contra a mulher considerada como ser de segunda categoria, dependente e submissa ao homem”. Nesse contexto até a sexualidade da mulher tornou-se objeto de controle e domínio masculino reforçado também pela igreja e Estado. Esse controle sexual e reprodutivo não só ocorre para convencê-las a controlar a quantidade de nascimento e o limite de tempo entre os filhos, como também para garantir que o poder esteja sempre em mãos masculinas, embora somente o gênero feminino possa conceber e gerar vida dentro de seu corpo.

Del Priore (1995) aponta as raízes da repressão da sexualidade feminina durante o período do Brasil Colônia. De acordo com a autora, a ideologia católica, aliada aos discursos médico e jurídico, internalizou na população da época a ideia de que as mulheres eram seres inferiores aos homens. Receptáculos passivos da semente masculina, as mulheres deveriam praticar o ato sexual com o único objetivo de procriar, e jamais deveriam obter prazer durante o sexo. Desta forma, elas foram distanciadas de sua própria intimidade, e seus saberes neste âmbito foram esvaziados pela doutrina vigente. Neste sentido, o contingente feminino sofreu um processo de adestramento para adequar-se ao projeto colonizador europeu, e as mulheres que ousaram expressar sua sexualidade livremente foram estigmatizadas e perseguidas.

Diferentemente da perspectiva do patriarcado que estabelece o binarismo nas representações das relações envolvendo homens e mulheres, este estudo assenta-se no debate das relações de gênero. As relações de gênero buscam desnaturalizar a ideia de que os aspectos biológicos que diferenciam os sexos são responsáveis pelas desigualdades entre homens e mulheres. A concepção heurística de que gênero é uma construção social e histórica produzida nas culturas é demarcatória deste conceito no tempo contemporâneo.

Scott (1991, p.21) define as relações de gênero como sendo “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos”. Também Matos (2009) considera que gênero é parte constitutiva das relações sociais. Nesse sentido, as relações de

gênero são construções sociais e históricas que possuem aspecto relacional, pondo em questão os papéis sociais estereotipados atribuídos à mulheres e homens (TORRES, 2002).

Para Torres (2005, p. 26) “[...] homens e mulheres são determinados pelas relações de gênero, relações que envolvem valores, visões de mundo, processos educativos e ideo-políticos assimilados socialmente”. Ou seja, as relações de gênero determinam o que é homem e o que é mulher a partir das concepções educativas, ideológicas e política que são internalizadas no convívio social, as quais constroem a identidade dos sujeitos.

Esse processo socioeducativo que impulsiona o tornar-se homem e mulher em sociedade é entremeado por crenças de ordem moral e religiosa, embora não seja só a religião o elemento determinante na justificação da dominação a que as mulheres são submetidas. Não obstante, não se pode negar que “por meio de sermões e discursos normatizadores, a igreja criou uma rede de tabus, reforçando a concepção da mulher como um ser frágil, dependente e submisso, cabendo-lhe o papel de zelar pelo bem-estar do marido, gerar filhos e educá-los” (TORRES, 2002, p. 54). Essa ideologia foi sendo disseminada nas relações sociais e está incrustada na visão de mundo dos sujeitos, contribuindo para a prática da violência contra mulher de diversas ordens.

Scott (1999, p. 14) chama a atenção para o fato de que, as relações de gênero, devem ser vistas como uma “forma primeira de significar as relações de poder”. Trata-se de relações desiguais de gênero e de poder que engendram e reproduzem diversas formas de violências contra as mulheres em espaços distintos, dentre esses, o espaço familiar, doméstico, o mercado de trabalho, os espaços públicos e institucionais, dentre outros. Em Saffioti (2004) percebemos que gênero é uma categoria de análise que ultrapassa a relação binária, caracterizada pelas relações entre homens e mulheres, envolvendo classe social, instituições e o tecido social.

Fica claro, outrossim, que as relações de gênero são relacionais e como construção social implicam em relações de poder, sendo transpassadas pela desigualdade de gênero que, por sua vez, produz a violência contra a mulher. Para Piovesan (2014, p. 30),

A violência baseada no gênero ocorre quando um ato é dirigido contra uma mulher, porque é mulher, ou quando atos afetam as mulheres de forma desproporcional. Afirmam [Declaração da ONU sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher e a Convenção de Belém do Pará] que a violência baseada no gênero reflete relações de poder historicamente desiguais e assimétricas entre homens e mulheres.

A violência contra a mulher se expressa em vários tipos, conforme prevê a Lei Maria da Penha, quais sejam: violência física, psicológica/simbólica, sexual, patrimonial e moral. Mais recentemente surge a violência obstétrica (CIELLO et al, 2012), (TESSER, 2015), presente em atos abusivos ou ações e procedimentos sem o consentimento da mulher que provoca danos à sua saúde.

A mulher em sua condição feminina inserida numa sociedade patriarcal encontra-se sempre em estado de vulnerabilidade, propensa a sofrer violências durante as distintas etapas da vida, dentre essas à violência no período de gestação ao parto. A nossa pesquisa se volta para a violência que ocorre no momento do parto, que é o período de maior vulnerabilidade da mulher, intensificada pela expectativa do nascimento de um filho ou filha.

O parto em si, além de ser um acontecimento biológico que ocorre no corpo feminino, também é um dos momentos mais aguardado para uma mulher e sua família, pois a espera pela chegada de uma criança, de um bebê, já desperta curiosidades, pensamentos e idealizações desde a gravidez, bem como é interpretado como um momento de muito anseio para a família da criança que nascerá.

Na perspectiva de Tornquist (2006), o parto é um rito de passagem vivenciado, por dois sujeitos a mulher grávida e a criança que nascerá, constitui-se em um rito que inicia-se no mundo externo. Para Andrade e Lima (2014) o parto também é um acontecimento biopsicossocial, carregado de valores, culturais, sociais e afetivos, possuindo elevado potencial de significância na vida da mulher e de sua família.

No Brasil, a pesquisa que mais contribuiu para a visibilidade da violência obstétrica foi aquela realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo e SESC, denominada *Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços Públicos e Privado*, nesse estudo evidenciou-se que 01 em cada 04 mulheres afirmaram ter sofrido maus-tratos durante o parto.

Os dados dessa pesquisa coligidos em 25 hospitais de 176 municípios espalhados pelo país, apontaram que cerca de 25% das mulheres sofreram violência durante o atendimento ao parto, dentre as violências destacam-se: “negação ou não oferecimento de algum tipo de alívio para a dor (10%); exame de toque de forma dolorosa (10%); não receberam informação sobre algum procedimento realizado (9%); gritos ao ser atendida (9%); negação de atendimento (8%); e ofensas ou humilhações (7%)” (VENTURI et al., 2010, p. 173).

No que tange aos maus tratos durante o atendimento ao parto, cerca de 01 a cada 04 mulheres totalizando o percentual de 23% ouviram frases humilhantes, como: “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); e “se ficar gritando vai fazer mal para neném, ele vai nascer surdo” (5%) (VENTURI et al., 2010, p. 177).

A violência obstétrica está intrinsecamente relacionada com a violência simbólica e moral, pois a forma de agir é justamente fazendo depreciação do ser da mulher durante o parto, pelo fato de ela ter tido relação sexual, voltada deliberadamente para atingir sua sexualidade ao proferir discursos irônicos, jocosos e doestos que beiram ao pornográfico devido ela possuir vida sexual ativa. Isso atinge a integridade moral, física e até psicológica da mulher.

Apesar de notadamente a violência obstétrica alcançar diversas brasileiras e comprometer a saúde das mulheres, conforme apontou a pesquisa mencionada, ainda não foi possível dimensionar precisamente o alcance desta violência por ano no país, uma vez que não existem mecanismos sistemáticos para quantificá-la, isso ocorre porque no Brasil a violência obstétrica ainda não é reconhecida em lei nacional, o país avança lentamente no Projeto de Lei 7633/2014 em trâmite na Câmara dos Deputados que visa prevenir e coibir a violência obstétrica. Entretanto, houve um avanço para notificação da violência obstétrica, atualmente o disk 180 e o disk 136 são os principais canais de denúncias disponíveis nacionalmente para notificá-la. Após a divulgação da pesquisa supracitada, o movimento de mulheres mães, passaram a questionar e debater coletivamente esse problema em larga escala, impulsionando o país a utilizar pela primeira vez a expressão “violência obstétrica discutida pelo movimento de mulheres e posteriormente incorporada na produção científica brasileira atual” (SENA, 2016 p. 53).

No Amazonas, a violência obstétrica adquiriu visibilidade desde 2015 com a realização da primeira audiência sobre violência obstétrica na cidade de Manaus. De acordo com dados coletados no Ministério Público do Estado do Amazonas (MPEAM), no ano de 2015, foram registradas 17 denúncias de violência obstétrica e em 2016 foram registradas 16 denúncias, dados informados nas audiências públicas.

O Ministério Público Federal (MPF) tem sido o órgão de referência no registro e recebimento de denúncias sobre violência obstétrica. Na pesquisa documental que realizamos neste órgão em 2018, encontramos aproximadamente 50 denúncias de violência obstétrica em

trâmite judicial, englobando a cidade de Manaus e dois referentes aos municípios de Manacapuru e Coari, todas referentes ao período de 2012 a 2017, essas violências englobam agressões verbais, morais, violência física e até sexual.

Nos dados coletados, conseguimos associar os nomes das maternidades em 41 denúncias, envolvendo maternidades públicas e privadas.

**Tabela 1** – Denúncias de Violência Obstétrica no Estado do Amazonas

<b>Maternidades</b>	<b>Número de denúncias</b>
Instituto da Mulher Dona Lindu	11
Maternidade Ana Braga	6
Maternidade Alvorada	4
Maternidade Estadual Balbina Mestrinho	6
Maternidade Nazira Daou	4
Maternidade Azilda Marreiro	2
Maternidade Moura Tapajós	4
Maternidade Samel	1
Maternidade São Lucas/Hapvida	1
Hospital Regional de Coari	1
Maternidade Unimed	1
<b>Total</b>	<b>41</b>

**Fonte:** Pesquisa Documental no Ministério Público Federal, 2018.

Tesser et al (2015) destacam que o termo violência obstétrica é utilizado para descrever e agrupar diversas formas de violência e danos, em específico nesse trabalho, durante a assistência ao parto. Incluem-se nesse âmbito os maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos utilizados rotineiramente, ultrapassando as taxas estipuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e sem base em evidências científicas recomendada por essa mesma organização. Dentre estes procedimentos realizados,

destacam-se: episiotomia (corte na região do períneo), restrição ao leito no pré-parto, manobra Kristeler (pressão realizada sobre barriga forçando o nascimento da criança), tricotomia (raspagem de pelos na pele), ocitocina sintética (hormônio acelerador das contrações), ausência de acompanhante e excesso de cesarianas (quando recomendada sem base em evidências científicas) o que tem sido crescente no Brasil nas últimas décadas.

Dentre os atos de violência obstétrica mencionados nas 41 denúncias de violência obstétrica no estado do Amazonas, estão tipificadas:

**Quadro 1** - Tipificação dos Casos de Violência Obstétrica no Amazonas.

<b>Tipos de Violência Obstétrica</b>	<b>Número de reclamações</b>
Impedimento da presença de acompanhante;	11
Negligência;	1
Maus tratos, tratamento humilhante com ofensas verbais, constrangimento, ameaças e violência psicológica;	21
Assédio Sexual;	1
Recusa da equipe médica em fornecer à parturiente e puérpera informações sobre seu bebê;	3
Restrição alimentar (uma mulher relata que chegou a ficar 48 horas sem poder comer);	3
Morosidade para realização de cesárea.	2
Suborno para paciente ser internada em maternidade pública;	2
Indução ao uso de ocitocina (hormônio sintético utilizado para intensificar as contrações);	4
Realização de episiotomia (corte realizado no períneo) sendo um procedimento de rotina não recomendado como pela OMS;	2
Realização de Manobra Kristeller (violência física, pressão realizada na barriga da mãe para forçar a criança nascer) (procedimento abolido pela OMS).	2
Violência Física (levou tapas na parte interna da coxa)	1
Limitação da posição durante o parto (sendo obrigada a não se movimentar);	3
Exames de toque excessivos e agressivos (até mesmo por estagiários);	5
Coação à realização de cirurgia cesariana;	2
Falta de incentivo ao aleitamento;	
Realização de procedimentos sem justificativa, sem explicação prévia e sem o consentimento da paciente.	4
<b>Total</b>	<b>67</b>

**Fonte:** Pesquisa de campo no Ministério Público Federal, 2018.

Diante desses atos que caracterizam a violência obstétrica, Zanardo (2017, p.5), é enfática em dizer que a “violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos”. Ou seja, refere-se a todos atos ou intervenções realizadas sem a parturiente ser informada e sem o consentimento desta, de forma que desrespeite sua integridade moral, psicológica e física.

De acordo com Diniz (2005) a violência obstétrica está entrelaçada com a violência de gênero e outras violações de direitos perpetradas contra as usuárias nas instituições de saúde. Gomes (2014) complementa afirmando que a violência obstétrica faz parte da violência institucional praticadas nos serviços de saúde sendo reconhecida pela negligência, maus tratos dos profissionais para com os usuários e até a peregrinação destes por atendimento nos serviços de saúde, assim como a aceleração do parto para liberação de leitos. Para Aguiar (2010) os discursos que representam violência simbólica e moral, proferido pelos médicos na hora do parto, fazem parte de um discurso institucional, relacionando a dor com a pena pelo prazer do ato sexual gerando dessa forma a banalização da violência.

Para Souza (2014) as peregrinações na busca por atendimento e as longas esperas são características falhas do Sistema de Saúde Público Brasileiro, que por estar tão arraigada na cultura, nem sempre é reconhecida como violência institucional, em razão da norma reforçada pelos profissionais nas instituições de saúde, ao estabelecer que paciente tem por dever de aguardar o atendimento.

O diálogo entre as autoras forneceu-nos a compreensão de que a violência obstétrica possui dupla face, a primeira que está interligada com a violência de gênero pois se manifesta na relação desigual de dominação e submissão de um gênero sobre o outro, a segunda é que a violência institucional em que os discursos desmoralizantes e desrespeitosos são normatizados e reproduzidos no âmbito institucional como uma prática comum o que contribuiu por muito tempo para banalização da violência obstétrica na sociedade, está vinculado com a cultura que se constitui também pela moral burguesa e religiosa.

Dentre os 41 casos de violência obstétrica ocorridos no Amazonas, pelo menos dois resultaram em óbito fetal. Nos dois casos de morosidade para realização de cesárea, mesmo diante de fortes dores da parturiente, houve sequelas tanto no corpo da mulher quanto no corpo do bebê, no primeiro caso ocorrido na Maternidade Ana Braga, a paciente teve seu útero

estourado. E o segundo caso ocorrido nessa mesma maternidade, a demora para realização do procedimento provocou paralisia cerebral no recém-nascido.

A morosidade na realização do procedimento de parto cesáreo, está associada a muitos elementos, podendo ter sido causada por um destes: primeiro, pelo desconhecimento das principais evidências para realização de cesárea, pois o parto cesáreo possui recomendações específicas, as indicações mais comuns são em casos de distócia em que há “dificuldade de progressão do trabalho de parto por qualquer motivo materno ou fetal, como, por exemplo, se há dificuldade ao estreitamento da bacia, ou qualquer outra alteração no trajeto” e também quando for eletiva ou de urgência “por indicação da equipe médica levando em consideração a história anterior da gestante e com a presença de exame para avaliar a maturidade fetal, evitando assim, fetos pré-termos” (Santos, 2004, p. 184-185). Segundo, o descumprimento de indicação de cesárea em face a outros casos considerados mais graves e urgentes; terceiro a falta de profissionais para realizar o atendimento em tempo hábil, o que também pode estar relacionado com a organização do processo de trabalho na instituição.

Diante dos dados locais averiguados em nossa pesquisa, podemos dizer que a violência obstétrica apesar de não ser uma violência abrangente em termos quantitativos, é uma violência recorrente no estado do Amazonas, que quando não causa óbito para a mãe ou para a criança, deixam marcas e sequelas físicas, psicológicas, sexuais que influencia até mesmo no convívio social da mulher.

No que tange ao levantamento das denúncias de violência obstétrica ocorridas no Instituto da Mulher Dona Lindu, encontramos 11 denúncias no MPF, as quais instauraram processos judiciais que se encontram em trâmite judicial na Defensoria Pública do Estado, Ministério Público do Estado do Amazonas e Corregedoria Geral de Justiça do Estado do Amazonas. Em todos estes processos constam maus-tratos, violência simbólica, moral e outras formas de violências contra a mulher por meio de procedimentos danosos. Encontramos ainda 08 denúncias informais que constam no Relatório de Avaliação Negativas das Maternidades de Manaus publicizados pelo site Maternidades Manaus, no ano de 2015.

A materialização da violência obstétrica como violência simbólica e moral é explícita nos discursos abusivos, preconceituosos e discriminatórios, direcionados à mulher no momento do parto com intenção de intimidar, constranger e desmoralizar as parturientes. Dentre os

relatos<sup>2</sup> averiguados nas denúncias constam os seguintes: Margarida relatou que ouviu: “na hora de fazer foi bom, agora você está aqui gritando”. Disseram também à orquídea: “agora não adianta chorar e nem gritar, na hora de fazer foi bom, não é? Então aguente”.

Jasmim reclamou que estava há dias sofrendo, e o médico respondeu: “Vou fazer logo sua cesárea porque já estou cansado de olhar para sua cara” (Dados obtidos no MPF, 2018). Como vimos anteriormente, quando não há evolução do feto no trabalho de parto é recomendável realizar parto cesáreo, evitando que a criança e a mulher não entrem em sofrimento materno e não chegue a óbito. A fala jocosa do profissional não pode ser justificada ou permitida dentro de uma ambiência em que a usuária busca por atendimento digno e cuidado adequado no momento do parto.

Os relatos representam discursos com conteúdos de violência moral, para Segato (2003, p.115), “violência moral é uma ação que envolve agressão emocional, trata-se da argamassa para outros tipos de violência, são exemplos da violência moral: humilhação, intimidação, coação moral, desvalorização da mulher como pessoa, de seu valor moral, dentre outras”. A violência moral é toda expressão verbal que tenha por finalidade difamar ou intimidar moralmente a mulher, atingindo dessa maneira sua integridade moral e sua subjetividade.

Nesses discursos também estão contidos a violência simbólica, esclarecida por Bourdieu (2011, p. 50), como “uma forma de poder que se exerce sobre os corpos, e como por magia [...], mas essa magia só atua com apoio de predisposições colocadas, na zona mais profunda dos corpos”. Significa dizer, que a violência simbólica emana da dominação masculina, e está impregnada no pensamento e linguagem dos sujeitos constituindo-se em sua visão de mundo. Essa visão é constituída pela reprodução de costumes, crenças e valores, sustentados pelos meios simbólicos como a imposição das ideias de ordem religiosa, cultural e midiática, que constituem a moral patriarcal das sociedades.

A violência obstétrica, sobretudo em sua forma simbólica e moral, no qual as parturientes têm se tornado alvo nas maternidades, decorre da problemática referente a visão deturpada sobre a sexualidade da mulher. Trata-se de como a sociedade, incluindo os profissionais da saúde tem percebido e lidado com o parto, haja visto que o parto em si pode

---

<sup>2</sup> Dados qualitativos obtidos nos prontuários de denúncias oferecidas ao Ministério Público Federal, acessados em 2019.

ser interpretado de múltiplas formas dependo da análise e do nível de percepção do profissional e da mulher.

Na maioria das vezes o parto é percebido como um processo biológico ou acontecimento normal e fisiológico, mas por outro lado é interpretado como o resultado final de um processo prazeroso que provém do ato sexual, assunto cuja a inserção como tema a ser discutido no meio familiar, educacional e profissional ainda é dificultoso, somente pela característica de tabu que a sexualidade representa, resultando em ideias distorcidas sobre o assunto, tornando-o objeto de interesse exclusivo de profissionais especialistas.

A culpa atribuída às mulheres como vimos nos discursos remete à construção do mito de Eva como a mulher assanhada, lasciva e sedutora que induziu Adão a pecar e, como consequência do ato sexual recebeu punição do seu Criador, a qual deverá dar à luz em meio a dor do parto. Esta é, pois, uma representação simbólica que é revestida de violência, ou seja, estabelece-se o caráter punitivo do sexo. Estar-se-á diante da violência obstétrica transvestidas de violência simbólica como uma representação punitiva dirigida à mulher, sedimentado no mito fundador da humanidade (TORRES, 2005), com a finalidade de exercer controle sobre os corpos e sexualidades das mulheres, sob os nexos das relações de poder. De acordo com Diniz e Chacham (2006), a violência obstétrica nas formas de violência simbólica e moral vivenciada pelas mulheres na assistência ao parto inscreve-se na perspectiva de agressão aos direitos humanos da mulher, atingindo também seus direitos sexuais e reprodutivos.

Não se pode deixar de reconhecer a importância da Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994 na cidade do Cairo, a qual estabeleceu em sua Plataforma de Ação o tema dos direitos sexuais e reprodutivos dentro do conceito de saúde sexual e reprodutiva. Destaque-se que esses conceitos foram estimulados pela resistência contra o interesse econômico do governo ao estabelecer políticas coercitivas de controle populacional e de natalidade nos países do Sul, arraigado ao discurso neomalthusiano de superpopulação do sul. Esta perspectiva neomalthsiana considera que o crescimento da população e a fertilidade descontrolada das mulheres são responsáveis pelo subdesenvolvimento, pobreza e fome, o que demanda o controle de natalidade por parte do Estado. A essa política de controle de natalidade Foucault (1988) denominou de biopolítica, por se tratar de estratégias governamentais para o controle dos corpos e da vida da população por

meio do controle da reprodução, tendo como alvo a regulação populacional (WICHTERICH, 2015).

Essas concepções vigoram na sociedade contemporânea num processo de reprodução de violências contra a mulher, sobretudo em relação às mulheres pobres vistas como aquelas que tem muito filhos e que elas são culpadas por engravidar, haja vista que há métodos anticoncepcionais capazes de evitar a gravidez.

Outra conferência de relevância foi a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995 em Pequim, momento em que foram reafirmados os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humanos. Após o consenso internacional estabelecidos nessas conferências os governos de vários países, incluindo o Brasil, assumiram o compromisso de inserir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos em todas as suas políticas e programas nacionais direcionados à população e ao desenvolvimento, sobretudo os programas de planejamento familiar (BRASIL, 2009).

### **Quadro 2:** Direitos Sexuais e Reprodutivos

DIREITOS REPRODUTIVOS
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.</li><li>➤ Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.</li><li>➤ Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição violência.</li></ul>
DIREITOS SEXUAIS
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a).</li><li>➤ Direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual.</li><li>➤ Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.</li><li>➤ Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.</li><li>➤ Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.</li><li>➤ Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.</li><li>➤ Direito de ter relação sexual independente da reprodução.</li><li>➤ Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS.</li><li>➤ Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.</li></ul>

➤ Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

**Fonte:** Ministério da Saúde (2009).

É preciso considerar que esses direitos pertencem a um campo controverso de interesses e disputa política, na medida em que se há paradoxo entre a reivindicação pela autodeterminação (autonomia) individual e as normas coletivas estabelecidas em sociedade. Conforme expõe Wichterich (2015, p. 17), os direitos sexuais e direitos reprodutivos “são contestados porque aspiram uma mudança social e desafiam as práticas sociais tradicionais, crenças e normas, eles são propensos a definições distintas e significados que vão de querer e dever para certo e errado”.

Os direitos humanos estão circunscritos no âmbito da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, na qual é preconizado o respeito à pessoa humana, assegurando o direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal, sem distinção de raça, gênero, língua, religião, opinião política, origem nacional ou qualquer outra situação. Para Chemim e Lima (1996), os direitos humanos representam a defesa da vida, a defesa da integridade humana, através da recusa a qualquer prática de violência, requerendo a eliminação de todas as formas de subjugação, discriminação, violências e assassinatos.

No que tange à violência obstétrica, Rodrigues (2014), afirma que o desconhecimento e o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo os direitos humanos no processo reprodutivo da mulher conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, possibilitam a imposição de regras, condutas, normas e valores morais depreciativos por alguns profissionais de saúde, desdobrando-se em atos de violência contra as mulheres.

Os dados obtidos junto ao Instituto da Mulher Dona Lindu, revelam que as violências simbólica e moral são agressões que agridem os direitos humanos das mulheres, pois de acordo com Constituição Federal em seu art.5º:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; III - ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante; etc.

No discurso “vou fazer logo sua cesárea porque já estou cansado de olhar para sua cara” constata-se o tratamento desumano e humilhante para com a mulher gestante e parturiente, causando-lhe constrangimento desnecessário, haja vista que a ela é garantido o direito a um atendimento humanizado independente de sua condição de saúde, de classe, etnia, religião, escolaridade, orientação sexual e capacidade reprodutiva (BRASIL, 2002).

Os direitos humanos abrangendo os direitos sexuais e reprodutivos são por natureza fundamentais, para o usufruto de uma vida com dignidade, respeitá-los significa promover uma vida em sociedade sem discriminação e preconceito (BRASIL, 2010).

Outra violação dos direitos das mulheres refere-se à ausência de serviços voltados para o parto humanizado, tendo em vista, que o atendimento humanizado é um direito garantido. De acordo com a Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002, p. 6), “toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério”.

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005, p.1-2), também estabelece a assistência ao parto humanizado em seu art. 2º com destaque aos incisos I, IV e VI:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado;

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura;

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro;

VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e

VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05.

Um outro discurso abusivo destacado na denúncia realizada por girassol, refere-se à violência simbólica e moral, caracterizadas também como assédio sexual, ocorrido durante o momento do parto, cujo os danos são relatados da seguinte forma: “o enfermeiro chegou na hora do meu parto e passou a mão na minha perna e disse: nossa, você parece com uma namoradina minha do interior! Isso me deixou aterrorizada e tudo o que eu mais queria era sair daquela maternidade, tudo aquilo me causava muito constrangimento, insegurança e

tristeza porque não imaginava vivenciar uma situação daquela no momento de meu parto cesáreo” (Girassol, 21 anos, dados obtidos no MPF, 2018). Girassol disse: “eu odeio maternidade, odeio até passar na frente de maternidade”. E conclui: “em minha segunda gravidez decidi junto com meu marido realizar o parto em minha casa devido ao trauma que adquiri na maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu” (Dados obtidos no MPF, 2018).

A fala abusiva proferida pelo enfermeiro configura-se como assédio sexual que é um tipo de agressão naturalizado na sociedade. Grossi (1994), alerta para o fato de que a prática de assédio sexual no campo da saúde na relação profissional e paciente, é mais comum do que se possa imaginar, apesar de dificilmente ser denunciado, pois no processo de busca por saúde se estabelece uma profunda dependência e fragilidade da paciente. O assédio sexual é definido por atitudes de conotação sexual em que haja constrangimento de uma das partes, através do uso do poder, reduzindo a capacidade de resistência do outro (BRASIL, 2011). Sob a ótica do direito, o assédio sexual encontra-se tipificado no Código Penal como crime, o artigo 216-A estabelece pena de detenção de um a dois anos para quem comete o crime de assédio sexual.

Deve-se reconhecer que a violência contra a mulher é uma expressão da questão social, produzida pela sociedade com forte apelo do patriarcado que é fortalecido pelo advento do capital, sendo, hoje, um grande problema social difícil de se depurar. De acordo com Yamamoto (2006, p. 27) a questão social não é senão “um conjunto de expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura”. Ou seja, a violência contra a mulher se configura como uma das expressões da questão social produzidas pelo binômio capitalismo-patriarcado.

O serviço social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho e que tem como matéria-prima de seu trabalho as diversas expressões da questão social, dentre essas a violência contra a mulher que possui distintas formas dentre as quais a violência obstétrica.

## **1.2 Violência Obstétrica: a dor vivenciada além do parto**

Dentre as variadas formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é, talvez, a mais espúria e vil porque vilipendia o ser da mulher, atinge a sua alma, a sua autoestima. Veja que no momento em que a mulher está feliz porque vai ganhar um bebê, toda a sua alegria e expectativa é agredida e anulada pela violência obstétrica. Ou seja, a gravidez e a maternidade são revestidas de experiência sofrida, triste e até traumatizante para mulher.

Violência obstétrica é uma expressão utilizada para todas as formas de vilipêndio e danos que ocorrem durante a assistência à saúde da mulher (incluindo a gestação, parto e puerpério), e se caracteriza por desrespeito aos seus direitos humanos. Esse fenômeno tem sido identificado no meio científico com outras nomenclaturas, dentre os principais estão a violência obstétrica e violência institucional, apresentaremos ambos conceitos visando o entendimento do objeto em sua amplitude.

De acordo com o documento produzido pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente – ILANUD, a violência institucional é um reflexo do autoritarismo de que se vale o Estado brasileiro para exercer uma espécie de controle social. Esta forma de agressão aos direitos garantidos pela Constituição de 1988 é perpetrada por órgãos públicos ou privados que deveriam assumir um compromisso com a democracia, mas que na verdade utilizam o poder a eles concedido para consumir a vulnerabilidade de certos grupos da sociedade, como crianças e adolescentes, idosos e mulheres. Conforme Botti (2013), a violência institucional refere-se à violência acometida pelas instituições prestadoras de serviços públicos ou privados, que desrespeitam os direitos fundamentais das mulheres.

O termo violência obstétrica foi elaborado pelo Dr. Rogelio Pérez D’Gregório presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, em 2010. Trata-se de um termo que fundamentou a luta do movimento pela humanização do parto no Brasil, pela eliminação e punição dos atos e procedimentos violentos, realizados durante o atendimento e assistência ao parto, dando origem a uma legislação específica que tipifica a violência obstétrica na Venezuela (MARIANI; NETO, 2016).

Desde as décadas de 1980 e 1990, profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos no Brasil, foram sendo motivados pelos movimentos feministas a abrirem a discussão sobre a violência no parto, assim como medidas para combatê-la. Conforme Sena e Tesser (2017), somente a partir da década de 1990, com intensificação nos anos 2000, que o tema ganhou visibilidade como um campo de investigação formal no país. No Brasil e em outros países da América Latina como a Argentina e Venezuela, o termo Violência Obstétrica, de acordo com Diniz et al (2015, p. 3), vem sendo utilizado para “descrever as diversas formas de violência ocorrida na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento”. A terminologia violência obstétrica é a nomenclatura utilizada tanto na literatura

nacional quanto internacional e recentemente tem sido incorporada nas legislações brasileiras específicas, por isso a escolha desse conceito para abordagem da dissertação.

Na mesma concepção que Argentina e Venezuela, países que reconheceram a violência obstétrica enquanto crime, o Brasil adotou no Projeto de Lei 7633/2014 em que consta a seguinte definição:

Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Na esteira da conceituação deste tipo de violência pode-se dizer, a partir de Sena (2016, p. 45), que “a violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (amarrar os braços e pernas no momento do parto e manobra kristeler) até o abuso sexual”. Para a gerente da Rede Cegonha do Estado do Amazonas, violência obstétrica “é a violência causada a mulher durante o processo gravídico, parto e pós-parto, pode ser física, psicológica, institucional, programática em forma de violência obstétrica” (Luena, entrevista, 2019).

De acordo com a pesquisa documental realizada na Ouvidoria do Instituto da Mulher Dona Lindu, na amostra de 15 registros de denúncias averiguados no período de 2016 até o mês de junho de 2018, constatamos que a violência obstétrica, desferida em forma de violência simbólica e moral é uma realidade recorrente e que vem crescendo ao longo dos anos 2016 e 2017, tendo um declínio em 2018. De acordo com os dados empíricos obtidos na Ouvidoria do Instituto da Mulher Dona Lindu, em 2016 foram decodificadas 22 vezes situações de violência simbólica e moral nos relatos averiguados, já em 2017 foram citadas 27 vezes nos relatos e no primeiro semestre de 2018 foram 13 vezes precisamente.

Bourdieu (2011, p.7), considera que a violência simbólica é legitimada pela dominação masculina, trata-se de uma “violência suave e invisível aos olhos de suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento”. Para este autor, “a violência simbólica está alicerçada na dominação masculina e na reprodução

da visão androcêntrica” e não consiste em algo concreto e explícito, expressa-se de forma subjetiva nas relações sociais e de gênero.

Para se ter clareza de como se configurou a violência obstétrica ao longo dos anos, sob a perspectiva das relações de gênero, se faz necessário entender a passagem do parto domiciliar para o parto hospitalar. A arte de partejar, era considerada uma atividade própria da humanidade, reconhecida como uma prática eminentemente feminina, realizada por parteiras, constituindo-se em acontecimento natural das primeiras civilizações. Mas, com o tempo foram sendo incorporados inúmeros significados culturais, passando a sofrer transformação ao longo da história (WOLFF; WALDOW, 2008).

De acordo com Müller (2016), até o século anterior a mulher vivenciava o parto espontâneo, natural e domiciliar. Vejamos:

Durante muitos e muitos séculos, parir era um ato eminentemente feminino e privado, realizado em domicílio com auxílio das parteiras, aparadeiras ou comadres, que eram mulheres de confiança da gestante e reconhecidas pela comunidade por sua experiência na realização do parto e no acompanhamento durante o trabalho de parto e pós-parto. O parto era uma atividade desvalorizada, suas dores consideradas como consequência do pecado original e, portanto, não era digno de atenção por parte da medicina formal, que recusava seu acompanhamento a mulheres que nada ou pouco recebiam por isso (MULLER, 2016, p.2).

Desde a consagração da dor como o castigo<sup>3</sup>, em virtude do pecado ou do suposto prazer sexual que originou aquela gestação, se propagou a construção e aceitação popular de que o “parto é um momento de dor necessário” e todas as mulheres terão que vivenciar. Trata-se de uma construção cultural que naturaliza a violência obstétrica, desdenhando a dor do parto como castigo pelo prazer obtido na relação sexual. Esta representação do sexo como algo pecaminoso permitiu por muito tempo que as mulheres não percebessem a violência que sofriam nas maternidades, gerando uma violência consentida, devido à falta de conhecimento e esclarecimento sobre seus direitos, o que contribuiu para a violência obstétrica ser considerada até a década de 1990 como violência (in) visível. Estamos nos referindo a um tipo de violência que possui uma carga simbólica expressiva, matizada pelo sexo como pecado, legitimado pelo judaísmo no mito de Adão e Eva.

---

<sup>3</sup> O castigo está associado ao mito fundador circunscrito na passagem bíblica de Gênesis (3:16), quando Eva prova o fruto do pecado original, induzindo a Adão a também a pecar e recebe como punição a dor na parturição (ver Andrade; Aggio 2014).

A assistência ao parto no Brasil permaneceu sob os cuidados das parteiras até tempos recentes. Essa arte de partejar ocorria da seguinte maneira:

[...] esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interferiam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras [...]. (DEL PRIORE, 1995, p. 263).

Essa realidade de partos naturais e domiciliares realizados por parteiras possibilitava a ajuda mútua, solidariedade e alteridade, além da partilha de saberes tradicionais construídas no âmbito da experiência associada à observação dos processos fisiológicos próprios do nascimento, à intuição e pela troca de informações e experiências. A arte de partejar ocorria no âmbito do saber-poder feminino, tornando-se um momento de sororidade, realizado com respeito e escuta às parturientes (WOLFF; WALDOW, 2008).

De acordo com Santos (2016), no Amazonas a prática da assistência ao parto realizada por parteiras ainda ocorre em algumas localidades interioranas em face das limitações geográficas estabelecidas pelas distâncias entre os municípios e a capital, somada à precariedade do sistema de saúde pública, o que contribuiu para as comunidades buscarem os serviços e os conhecimentos das parteiras. Deve-se reconhecer que as parteiras não eram reconhecidas pelas gestantes e parturientes apenas pelo conhecimento técnico de que dispunham, mas porque sua atuação junto a elas possuía um elemento subjetivo associado ao cuidado e afetividade. As parteiras desempenhavam o papel de confortar a parturiente, alimentá-las e incentivá-las durante o trabalho de parto. Nessa época, o parto e o nascimento eram considerados eventos familiares íntimos, prioritariamente femininos, assistido no domicílio (SENA, 2016).

Observe-se que o momento do parto não era só com procedimento técnico ou técnica de movimentos físicos, mas também era assistido por meio das práticas femininas. A dor e a angústia vivenciada pela parturiente eram acolhidas no âmbito do cuidado e do conforto maternal exercido pela parteira, com base nos saberes populares e tradicionais que estas mulheres possuíam. Ou seja, o parto era considerado não somente um acontecimento biológico, mas um “evento contextualizado culturalmente que reflete os valores de cada sociedade humana, por meio dos sentidos que são atribuídos a ele” (ALMEIDA, 2009, p. 32).

Significa dizer que cada cultura possui uma forma de lidar com a dor, por meio de seus conhecimentos tradicionais ou científicos, sejam eles rituais, procedimentos ou técnicas.

O desenvolvimento da ciência e sua utilidade para explicar eventos cotidianos constituiu-se no fundamento da criação e fortalecimento da medicina como forma de controle social. O conhecimento médico-científico passou a exigir exclusividade no tratamento e cura antes delegada à curandeiros e de procedimentos realizados por parteiras. Assim, simultaneamente as parteiras, antes vistas como detentoras do saber acerca da arte de partejar, foram sendo aos poucos desqualificadas pela medicina (SENA, 2016).

No século XX após a Segunda Guerra Mundial, o parto hospitalar passou a exercer predominância em relação ao parto caseiro. Com a entrada dos médicos em cena, o trabalho das parteiras foi sendo posto em segundo plano e essa mudança trouxe consigo a inclusão da medicalização e de procedimentos cirúrgicos no parto a partir da medicina moderna (WOLFF; WALDOW, 2008).

Logo após a II Guerra Mundial o parto hospitalar institucionalizou-se no Brasil com a justificativa de que os partos realizados no âmbito hospitalar garantia mais segurança em relação aos partos realizados no domicílio, objetivava-se a necessidade de redução da mortalidade materna e infantil derivada dos partos domiciliares. Assim, o parto deixa de ser um evento natural realizado prioritariamente por mulheres parteiras, passando a ser conduzido no espaço do hospital público com a presença e interferência da equipe médica (RODRIGUES, 2014).

De acordo com os estudos realizados por Sena (2016), esse acontecimento ocorreu em virtude do controle do Estado e da Igreja que buscava retirar das mãos das parteiras o conhecimento feminino, empregado na arte de partejar, assim como no cuidado com as mulheres em situação de abortamento. Esse controle representava a legitimação do Estado e da Igreja sobre a reprodução, as taxas de natalidade e as decisões sobre o corpo das mulheres.

Conforme Rodrigues (2014), a segurança feminina no âmbito do nascimento tornou-se justificativa para que a medicina assumisse proeminência na assistência ao parto, antes realizada por parteiras. Entretanto, a prática de assistência ao parto hospitalar em favor da redução dos riscos maternos e neonatais prejudicou a mulher cidadã em seu direito de escolha,

impedindo-a de ser a protagonista em seu trabalho de parto, permitindo que a categoria médica com as suas intervenções assumisse o papel principal na cena do processo de parturição<sup>4</sup>.

Essa mudança trouxe consigo impactos à vida das mulheres, em decorrência do surgimento do modelo intervencionista de assistência ao parto, priorizou-se a responsabilidade e autoridade médica, bem como a valorização da tecnologia. A mulher perdeu a autonomia sobre o próprio corpo e o direito de escolha, deixando de agir e participar ativamente do momento mais sublime de sua vida reprodutiva, muitas vezes sendo inibidos os seus aspectos fisiológicos e normais, substituídos por partos cesáreos, o que possibilitou um novo desenho na atenção à saúde reprodutiva da mulher com a disseminação da ideia do parto cesáreo é um parto seguro que não causa sofrimento às mulheres (RODRIGUES, 2014).

É nesse modelo de assistência ao parto que se identificou na rede pública de saúde a partir da década de 1990, uma espécie de violência contra a mulher parturiente, denominada violência obstétrica, envolvendo também a criança.

Na pesquisa documental realizada na Ouvidoria do Instituto da Mulher constatamos, nos registros das denúncias os maus tratos que as parturientes vivenciaram na maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu. No período de 2016 até o primeiro semestre de 2018, verificamos as situações seguintes:

**Quadro 3** - Maus Tratos vivenciados pelas mulheres

<b>Maus Tratos vivenciados pelas Mulheres</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018/1ºSemestre</b>
Tratamento humilhante e agressivo	8	5	6
Atendimento de forma ríspida	5	3	4
Negligência	6	4	-
Desrespeito no Atendimento	-	3	-
Omissão de Socorro	1	2	3
Ofensas e Constrangimentos	1	6	-
Recusa de atendimento	1	3	-
Acusação sobre provocação de aborto	-	1	-
Total	22	27	13

**Fonte:** Dados obtidos na Ouvidoria do Instituto da Mulher Dona Lindu, 2018.

<sup>4</sup> Termo relativo ao parto, definição dada pelo Dicionário Ilustrado da Saúde.

Esses maus tratos na assistência à saúde da mulher representam a violência obstétrica na sua forma de violência moral e simbólica. E embora a violência simbólica se revele na vida das mulheres de forma disfarçada e dissimulada, tornando-se despercebidas por suas vítimas, ela nem sempre é suave. Ela produz consequências como qualquer outra espécie de violência contra a mulher, causando impactos que atingem o estado de saúde da mulher, principalmente em situações de recusa de atendimento, negligência, ofensas, acusações e omissão de socorro.

Esse tipo de violência produzida por situações constrangedoras e omissão de socorro trazem consigo consequências que atingem a alma e a integridade humana. Saffioti (2004, p. 17), esclarece que a violência se baseia na “ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral”.

A assistência ao parto também se estruturou fundamentando-se em concepções atreladas e sustentadas por convicções doutrinárias advindas do judaísmo bíblico (ANDRADE e AGGIO, 2014). Por meio dos ensinamentos religiosos que criam a ideia da mulher subalterna e submissa ao homem, a humanidade vai empalidecendo, vai ficando opaca e desigual. Justifica-se a dor como um mal necessário, acusando a mulher de ser ela própria culpada pela dor em face de sua desobediência, pelo uso de sua liberdade. Conforme Andrade e Aggio (2014, p.1-2):

Desde os tempos bíblicos a dor tem sido associada à parturição, obrigando a parturiente a suporta-la e aceita-la. A passagem bíblica de Gênesis 3, em seu versículo 16, retrata esse contexto, quando Eva prova o fruto do pecado original, induz Adão a também pecar e recebe como punição a dor multiplicada na parturição. A Sagrada Escritura cita que as dores durante o parto são punições que a mulher deve sentir por ter cometido o pecado original, interferindo em seus sentimento e percepções a cerca deste momento, substituindo o sentimento de prazer durante a concepção pelo castigo.

A reprodução deste pensamento no discurso da sociedade leiga e de profissionais de saúde na atualidade é tomada em relação à mulher em situação de violência obstétrica, seja através de violência moral, psicológica ou atitudes negligentes, não sendo permitido a ela questionar, somente aceitar. A dor que é um ato inerente ao próprio parto, passa a ser uma dor moral, na contextura do mito fundador e aprofundada na violência obstétrica.

Na pesquisa documental feita na Ouvidoria do Instituto da Mulher, encontramos duas denúncias, uma de negligência devido à ausência de profissionais na troca de plantão para realizar o parto e uma de omissão de socorro, ambas as denúncias possuem em seu desfecho

óbito fetal<sup>5</sup>. Um dos relatos que nos chamou atenção diz respeito a uma denúncia feita pelo companheiro da parturiente sobre o atendimento dela durante a internação na maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu, no mês de abril de 2018, em que no desfecho do caso ocorreu o óbito da criança, a saber:

Ao chegarmos nesta maternidade minha esposa passou pela triagem sentindo dores constantes, ela recebeu uma fita vermelha (que é a identificação para as mulheres com gravidez de alto risco), porque estava perdendo sangue e porque já havia estourado a bolsa dela. Ao entrar para ser atendida, ela foi muito mal atendida, o obstetra foi muito ignorante com ela. Por causa da dor que me esposa sentia, ele pediu que o acompanhante tirasse a roupa ensanguentada dela para que o médico fizesse o exame de toque, o acompanhante relatou que o exame de toque foi feito de forma brutal e a técnica de enfermagem pediu que ela relaxasse e abrisse as pernas porque não era o primeiro filho, sendo que ela já tinha laudo para realização de parto cesáreo. O médico verificou que ela não tinha dilatação para ter parto normal, o próprio médico autorizou a fazer cesárea. Era 00:20 e ela sangrava bastante e depois ao descer da maca ela ficava se contorcendo de dor, quando ela foi ao banheiro, após a verificação aumentava o sangramento, foi quando ela precisou usar absorvente pós-parto. Minha esposa perguntou do médico se era normal sentir essa dor constante, ele olhou por debaixo do óculos e falou que tudo isso era “culpa da eva por ela ter pecado, é por isso que as mulheres sentem essas dores”, em seguida o médico e a enfermeira olharam um para a cara do outro e começaram a rir da situação de forma irônica. Depois o acompanhante perguntou se ele iria internar ela, e ele respondeu que não, por não ter leito, o médico queria que minha esposa fosse transferida para outra maternidade, uma na cidade nova. Após ele falar isso ele internou outra paciente com a fita laranjada, o acompanhante verificou que o médico demorava muito para prescrever o exame de sangue, fomos para admissão e após minutos quando o acompanhante foi com o médico novamente, ele ainda não tinha terminado a autorização do exame. Após sucessivas perguntas sobre a situação da gestante, às 02:30, o acompanhante foi informado para sair do local, porque ele estava atrapalhando ao invés de ajudar, às 02:45h foi perguntado se iriam verificar como estava o batimento do bebê e a enfermeira disse que iria verificar. Depois pedimos informação para saber quando ela iria subir para o centro cirúrgico, e informaram que às 03:00h da manhã e às 03:05h vi que o médico estava saindo pelo elevador para trocar de plantão (Dados obtidos na Ouvidoria do Instituto da Mulher Dona Lindu, 2018).

O informante prossegue o relato nos seguintes termos:

Com frequência eu perguntava dos enfermeiros se minha esposa iria fazer a cirurgia, enquanto isso eu ficava limpando o chão e a minha esposa sangrando constantemente, e nisso as horas se passavam e nenhum médico aparecia para consultar ela. Após a verificação de dilatação e batimentos do bebê em que se verificou que ela tinha 4 cm, perguntei quando ela iria ser atendida e ninguém tinha resposta. Somente às 07:30h ela foi atendida pelo médico, ao fazer o toque, ela voltou sangrando bastante tanto que o lençol ficou encharcado, após isso a enfermeira verificou o batimento do bebê e não conseguiu identificar porque minha esposa não conseguia ficar na posição por sentir muitas dores. Às 08:00h ele encaminhou para o parto normal, porque ele dizia que ela tinha 7 cm e podia ter normal. Às 08:20h ela subiu para fazer o parto normal na sala

---

<sup>5</sup> Óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (DATASUS, 2008).

de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP) e depois de 20 minutos, outro médico foi examinar ela e verificou que ela não tinha condições para ter parto normal, então mandou que aplicasse soro, para que fosse feita cesárea e pediu para que verificasse o batimento da criança. A enfermeira verificou que não tinha batimento e após isso ele pediu que fosse feita uma ultrassom, e o rapaz que fez a ultrassom não identificou nenhum batimento ou movimento da criança, relatando que a criança estava morta, em seguida o médico do PPP informou à minha esposa que minha filha estava morta e que ela iria ter a criança por cesárea, às 10:40h foi retirada a criança sem vida (Dados obtidos na Ouvidoria do Instituto da Mulher Dona Lindu, 2018).

É explícito na fala do médico a violência simbólica associada ao mito de Eva, algo pecaminoso, tratado com desdém e no campo da banalidade (TORRES, 2005). O mito de Eva retrata a culpabilização de Eva pela entrada do pecado na humanidade. Eva é vista como a mulher lasciva, pervertida e pecaminosa que induziu a queda, a qual originou o mal, fazendo entrar o pecado no mundo pela via do sexo (maçã). É condenada pelo Criador em razão de seu ato pecaminoso revestido de punição sentindo dor na hora do parto (TORRES, 2005), (PINHEIRO et al, 2018). É por meio do mito de Eva que a violência simbólica adensa o sistema patriarcal.

A sociedade ocidental possui sustentação na moral judaico-cristã, cujo alicerce são as crenças que suplantam modelos de moralidade no entendimento de problemáticas sociais. As crenças judaico-cristãs estabelecem modelos de pensamento e formas de comportamento que os indivíduos abstraem como paradigmas ou arquétipos, e ao serem reproduzidos tornam-se normas dominantes nas relações sociais, fundamentalista por vezes.

Essa moralidade judaico-cristã põe a mulher em posição de inferioridade com relação ao homem na medida em que impõe rótulos sobre a mulher. No arquétipo de Eva, conforme a tradição religiosa, Eva foi criada da costela do homem Adão, esse acontecimento põe a mulher em dependência ao homem, devendo assumir o papel de um ser submisso e obediente a ele.

O mito de Eva traz consigo um peso moral significativo para as sociedades ocidentais, pois trata-se de um processo civilizador que vai culpabilizar as pessoas, conforme a interpretação religiosa do sexo como pecado ou algo ruim, rotulando os comportamentos, as vontades e os desejos das pessoas como certo ou errado, proibido ou permitido.

No relato do companheiro da parturiente, também detectamos uma situação de maus tratos durante o atendimento, envolvendo tanto a violência simbólica quanto moral, impetradas por profissionais no atendimento realizado de forma grosseira e desumana. Para Deslandes (2004, p.9) a “humanização é a oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa nos maus-tratos, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a compreensão de suas

demandas e suas expectativas”. Ou seja, a humanização do parto é não permitir que a mulher sofra nenhuma espécie de violência, significa promover atendimento à mulher respeitando a sua dignidade humana.

Na vertente da humanização o Ministério da Saúde recomenda que para satisfação das mulheres e para usufruto de uma experiência de parto positiva, ao lidar com o manejo do trabalho de parto, “os profissionais de saúde devem refletir como suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.32). Para essa finalidade, é preciso que seja fomentado o diálogo sobre essas questões com a equipe multiprofissional na maternidade.

Como vimos percebendo ao longo deste estudo a violência obstétrica é a dor causada para além da dor inerente ao processo do parto, que atinge a alma e o psicológico da mulher, configurando-se em violações aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, direito a não ser discriminada, direito de não ser submetida à tortura ou tratamento desumano, direito ao atendimento humanizado e ao direito do parto humanizado<sup>6</sup> e seguro.

Observe-se que a violência obstétrica causa um significativo mal-estar às mulheres, ao atingir sua integridade moral, sua subjetividade, sua alma e sua psique. Há necessidade extrema de pautar como prioridade a humanização<sup>7</sup> da assistência ao parto, bem como verificar a implementação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que versa sobre os direitos da gestante e parturiente, pela equipe multiprofissional do Instituto da Mulher Dona Lindu, locus desse estudo.

### **1.3 O Instituto da Mulher Dona Lindu e a luta dos movimentos feministas**

A trajetória da luta dos movimentos feministas no Brasil reinicia no pós-64 sobretudo nos anos 1970 quando as mulheres da periferia de São Paulo vão as ruas contra a carestia dos alimentos, empunhando também a luta pela saúde, educação, saneamento básico e habitação.

---

<sup>6</sup> O conceito de parto humanizado prioriza como protagonista a gestante e o bem-estar dela e do bebê no momento do parto. Nele a mulher não sofre nenhuma violência, é respeitada, tem ciência de todos os procedimentos realizados durante o parto e ela quem decide como deseja que o parto aconteça (SOARES, 2017).

<sup>7</sup> Conforme estabelece a PNAISM (2011), humanizar e qualificar a atenção em saúde implica primeiramente no reconhecimento de direitos. O atendimento humanizado e de qualidade implica o estabelecimento de relações entre sujeitos, na perspectiva da igualdade e respeito às suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.

No decorrer desse processo de intensa luta por direitos vai aparecer em discussão no espaço público, a violência contra a mulher o que outrora era um problema de ordem privada, assim como outras questões (MATOS, 2009). Todo esse processo de luta dos movimentos feministas no Brasil vai redundar tanto na criação de políticas de serviços quanto de políticas estruturais resultando na criação de Delegacias, creches e maternidades como o Instituto da Mulher Dona Lindu.

É com base nos dispositivos legais de garantia à saúde da mulher que o Instituto da Mulher Dona Lindu foi criado, com a finalidade de atender o público feminino em suas necessidades específicas de saúde, envolvendo os serviços de urgência e emergência ginecológica da rede hospitalar na cidade de Manaus.

No que se refere à humanização dos serviços de saúde nas instituições, o Instituto da Mulher Dona Lindu (IMDL) é referência para o gênero feminino do Estado do Amazonas, pois além do seu pioneirismo na região Norte, esse Instituto foi planejado para ser um marco no conceito de acolhimento e atendimento humanizado (SUSAM, 2010). O IMDL, fica localizado na zona centro sul de Manaus, essa zona é uma região administrativa estabelecida pela prefeitura de Manaus que engloba 07 bairros.

Essa instituição de saúde pública está localizada na av. Recife, nº 1581, bairro de Adrianópolis – Zona Centro Sul da cidade de Manaus, e foi inaugurado em 17 de junho de 2010. O nome dado ao Instituto da Mulher Dona Lindu (IMDL) presta homenagem à genitora do então presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, Dona Lindu, como sua mãe Eurídice Ferreira de Melo era conhecida. Vítima de câncer de mama ela veio a óbito em 1980.

**Figura 1** - Frente do Instituto da Mulher Dona Lindu.



**Fonte:** Maria Raquel Silva, pesquisa de campo, 2018.

Pertencente à rede pública de saúde o Instituto da Mulher<sup>8</sup> é subordinado à SUSAM, cuja manutenção advém dos recursos provenientes do governo Estadual, Federal e do Ministério da Saúde. Possui por objetivo garantir um atendimento integral e humanizado na urgência e emergência, em específico ao gênero feminino. Sua prioridade é garantir à mulher amazonense uma assistência de qualidade e resolutividade, procurando trabalhar os problemas biopsicossociais das pacientes. Sua política está estruturada de acordo com as diretrizes e princípios estabelecidos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como finalidade o desenvolvimento de ações para humanizar o atendimento à mulher na área de saúde ginecológica e de mastologia, buscando resgatar a credibilidade dos serviços oferecidos a partir de uma abordagem centrada na dignidade, respeito e atenção aos direitos das usuárias.

O Instituto da Mulher Dona Lindu possui uma completa e moderna infraestrutura hospitalar incluindo uma maternidade. A unidade dispõe de serviços ginecológicos e um pronto socorro que oferece tratamento para todos os tipos de patologias ginecológicas, ofertando serviços de mastologia, banco de leite humano e atendimento às vítimas de violência sexual, contando com uma equipe multiprofissional especializada em obstetrícia, ginecologia, e neonatologia e outros profissionais da saúde que atuam 24 horas.

Tem sete anos de funcionamento, até 2016 realizou mais de 55,1 mil partos sendo 60% normais, realizou cerca 1,2 milhão de atendimento e inaugurou a implantação do Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (SUSAM, 2016). De acordo com a entrevista de Grasiela Leite, gestora do Instituto em 2016, a instituição busca basear-se no “pressuposto de que o atendimento humanizado é o respeito à vontade da mãe, nesse espaço, as gestantes vão encontrar um ambiente acolhedor e equipes preparadas para ajudar a tornar o momento do parto o mais natural possível” (SUSAM, 2016, p.1).

---

<sup>8</sup> O Instituto da Mulher Dona Lindu está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), fator que nos impulsiona a considerar o aspecto positivo desse sistema, assim como o atual cenário em que se encontra a saúde pública brasileira.

Em contraponto a essa visão, na entrevista realizada com uma Assistente Social do Instituto<sup>9</sup>, sobre a existência de violência obstétrica na maternidade, obtivemos a seguinte informação:

Sim, existem casos de violência obstétrica aqui, chega a ser aterrorizante o que essas mulheres passam e os médicos ainda dizem que a culpa é da eva. Aqui os casos que mais recebemos reclamação é sobre atendimento grosseiro, agressões verbais, e agressões físicas como manobra de kristeller e episiotomia, temos posto na agenda o tema e temos iniciado algumas palestras com as mulheres para tratar do tema, em uma reunião do setor de educação permanente que articulamos com os profissionais, compareceu somente um médico, mas acredite o problema está na formação desses profissionais (CRISTAL, 66 anos, entrevista, 2018).

O Serviço Social é a profissão delegada a quem concluiu o curso de serviço social e dispõe de registro profissional, essa profissão é regulamentada pela Lei 8.662 de 07 de junho de 1993 e pelo Código de Ética do Assistente Social, possui caráter sociopolítico, crítico e interventivo, fazendo uso de um arcabouço teórico metodológico ético e político para decifrar, analisar e intervir nas múltiplas expressões da questão social.

Esse dado revela que há empenho e postura propositiva e interventiva da assistente social, o que demonstra que sua atuação profissional tem sido fundamentada nas legislações inerente a profissão e nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. O relato demonstra com clareza que essa profissional tem decifrado o que é a violência obstétrica, e que está inserida na questão social, objeto de trabalho do Assistente social. De acordo com Faleiros (1997) toda instituição, inclusive à maternidade é um espaço onde se manifestam as relações contraditórias e de forças, e a partir dessa realidade compete ao profissional articular o seu saber profissional com o poder institucional em busca da garantia dos direitos da população usuária.

No IMDL, conforme a afirmação da gestora Grasiela Leite “a área de obstetria, possui como política o atendimento humanizado às grávida e seus recém-nascidos, com uma série de características que fortalecem as boas práticas na assistência ao parto” (SUSAM, 2016, p.1). Dentre essas práticas oferece o serviço de fisioterapia realizado por profissionais dessa especialidade para ajudar a induzir o parto por meio de exercícios especiais com uso de bolas utilizadas na prática de pilates e barras de apoio (SUSAM, 2010).

No Brasil, o Movimento pela Humanização do Parto iniciou-se na década de 1980 e 1990 com a crítica ao modelo hegemônico de assistência ao parto conhecido como tecnocrático

---

<sup>9</sup> Utilizamos o nome de pedras preciosas aos profissionais da equipe multiprofissional como forma de salvaguardar o sigilo e anonimato das informantes.

nesse momento questionava-se sobre as imposições feitas as mulheres durante o trabalho de parto, mas essa causa só tomou amplitude significativa em 1993, com a criação do REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, que buscou integrar a participação de profissionais e instituições em torno de uma assistência obstétrica voltada para o respeito à integridade da mulher gestante, parturiente e o bebê. Esses movimentos atuam em defesa da mulher como real protagonista do parto e pelo direito de serem assistidas com qualidade e respeito durante todo o processo e de fazerem suas escolhas após receberem informações verídicas sobre o parto (HIRSCH, 2015).

No Amazonas, desde 2015, o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento hoje conhecido como Humaniza Coletivo Feminista, tem buscado fortalecer a discussão sobre violência obstétrica na cidade de Manaus e a partir das denúncias e queixas que esse movimento vem recebendo, as representantes têm buscado orientar às mulheres como proceder diante de uma situação de violência obstétrica. Em uma entrevista com uma de suas fundadoras, quando foi perguntada se esse movimento recebia alguma denúncia de violência obstétrica do Instituto, obtivemos a seguinte resposta:

Temos recebido sim denúncias de violência obstétrica da maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu, a violência psicológica e moral é a mais difícil de ser provada por não deixar marcas visíveis, e suas vítimas costumam a ficar desacreditadas, e esses maus tratos deixam marcas na mulher, abalam seu psicológico e podem influenciar negativamente a sua experiência do parto, no primeiro contato com o bebê e no puerpério. E em minha opinião a mulher é desrespeitada nessa maternidade e as vezes chega até nós sem conhecer o trabalho dos profissionais de serviço social e psicologia (Amarílis, 27 anos, entrevista, 2018).

Na fala da representante do movimento Humaniza constatamos a violência simbólica e moral presente na expressão verbal cujo objetivo é constranger, humilhar, difamar e exercer autoridade sobre a mulher. Esses tipos de violências produzem consequências para a vida da mulher atingindo sua subjetividade e sua saúde, causando-lhe danos morais e emocionais.

A realidade da saúde pública no Brasil deve ser compreendida no contexto da crise econômica e política pelo qual o país vem passando, principalmente nos últimos anos, período regressivo e conservador em relação às políticas sociais, que vem provocando impactos negativos na qualidade de vida da população por meio da destituição de direitos.

De acordo com Vieira (2016), a emergência de soluções para o enfrentamento do *déficit* fiscal e superação da crise econômica, atingiu o âmbito da saúde e da educação, com a

aprovação no Senado Federal da PEC 241/2016 conhecida como PEC do teto dos gastos públicos e da Emenda Constitucional 95/2016, aprovada pelo Congresso Nacional. Essa PEC congela os investimentos do Governo Federal para a saúde e educação por vinte anos, com cifras corrigidas pela inflação até 2036, ambas as legislações têm sido tratadas na literatura internacional como medidas de austeridade fiscal. Essas medidas de austeridade fiscal na saúde, fundadas sob a lógica neoliberal, aprofundam os efeitos da crise da saúde pública, contribuindo para o desenvolvimento de doenças e comprometendo a efetividade das políticas públicas que poderiam combatê-las.

As soluções encontradas para resolver a crise econômica não são efetivas, uma vez que com a recessão ocorre a queda de arrecadação, diminuindo a capacidade de intervenção do Estado, pois ao invés de produzir o crescimento das desigualdades sociais comprometem as políticas sociais.

Os efeitos desse processo atingem diretamente a qualidade de vida e saúde da população. E encontra-se em curso a despolitização do reconhecimento dos direitos da classe trabalhadora em nossa sociedade, premissa que fundamenta a desqualificação de políticas sociais, redução dos direitos sociais, destituição dos direitos trabalhistas, precarização do trabalho e sucateamento dos serviços de saúde pública. Dito de forma mais enfática, a contenção dos gastos públicos presente nas medidas de austeridade fiscal adotadas pelo Governo, resultam na precarização do trabalho, redução do número de profissionais, falta de medicamentos e até em fechamento de unidades de atendimento, com conseqüente diminuição da efetividade dos programas e aumento da incidência e prevalência de doenças.

A violência obstétrica ocorrida em maternidades públicas e privadas, tem sido apontada em alguns estudos<sup>10</sup> como resultado da própria precariedade do sistema de saúde, atrelado à escassez de investimentos, decorrente de falhas omissivas ou ativas, negligência, falta ou má prestação de serviços, de gestão e de controle.

Essa realidade é identificada no Estado do Amazonas, através de um trabalho de fiscalização, em 2017, realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem em seis principais unidades de saúde e maternidades do Amazonas. Dentre os resultados foram encontrados 90 tipos de irregularidades, em hospitais e maternidades, dentre estas, pacientes pelo corredor

---

<sup>10</sup> Ver Menezes et al, intitulado Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro (2006).

devido à falta de leitos hospitalares, medicamentos vencidos, quadro reduzido de profissionais, excesso de trabalho, falta de berços para os recém-nascidos e pulseiras de identificação (COFEM, 2017).

Essas condições de precarização configuram negligência em relação aos aspectos humanísticos<sup>11</sup>, tornando os usuários e os próprios funcionários vítimas desta estrutura. As maternidades que deveriam proporcionar cuidado, atendimento adequado, digno e seguro, tem se tornado ambientes de violações dos direitos humanos. As mulheres grávidas têm direito à não ser discriminadas, possui direito a assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e de qualidade. Para Benevides (2007) os direitos humanos são comuns a todos, são considerados direitos naturais porque estão vinculados à natureza humana, como o direito à vida, à dignidade e são universais porque diz respeito a pessoa humana em sua universalidade. Além disso, os direitos humanos são oriundos do reconhecimento da dignidade que todo ser humano possui independente de origem, classe social, escolaridade, religião, opinião ou orientação sexual.

Alguns estudos<sup>12</sup> têm sido realizados no país nas diversas áreas do conhecimento, com a finalidade de investigar a violência obstétrica, a partir da opinião e perspectivas dos profissionais de saúde e das parturientes. Esses estudos têm chamado a atenção para as condições precárias de saúde e a má conduta na atuação de profissional dessa área, fato que agrava efetivamente a violência obstétrica no país.

A saúde enquanto política pública, foi criada em 1988 com a Constituição Federal e está situada no Sistema de Seguridade Social, que estabelece em seu Art.196 que a “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”, constituindo-se em uma política pública em que os avanços legislativos foram crescentes.

O Sistema Único de Saúde Pública (SUS) é resultante das proposições oriundas do Projeto de Reforma Sanitária<sup>13</sup> Brasileiro ocorrido nos finais da década de 1970 e início de 1980, em que teve como principal proposição a defesa e universalização das políticas sociais e garantia dos direitos sociais por meio do Estado democrático de direito. A regulamentação do SUS ocorreu a partir da Lei Orgânica de Saúde (LOS) de nº 8.080 de 1990, que institui como princípios do SUS, a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade de

---

<sup>11</sup> Conforme estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e Rede Cegonha.

<sup>12</sup> Estudo realizado por Rodrigues et al, intitulado A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. 2018.

<sup>13</sup> A centralidade da proposta da Reforma Sanitária refere-se a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

assistência e a descentralização com comando único em cada esfera de governo como forma de organização. Outro regulamento foi a Lei nº 8.142 de 1990 que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS como instrumento de controle social, bem como regulação dos recursos financeiros para o campo da saúde. O SUS consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos à população por meio das instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta sustentadas pelo poder público. No campo teórico, a Saúde é entendida como direito fundamental para garantia da qualidade de vida e recurso indispensável para o desenvolvimento dos sujeitos no aspecto social, econômico e pessoal (CAVALCANTI; ZUCO, 2006).

No cenário das lutas feministas a saúde da mulher foi uma das áreas que obteve mais avanço em políticas sociais no Brasil. A saúde da mulher adquiriu notoriedade nas políticas de saúde nas primeiras décadas do século XX, embora contivessem uma visão patriarcalista sobre a mulher, com base no papel social de reprodutora, mãe e doméstica. As ações limitavam-se aos programas materno-infantis, restringindo a intervenção na saúde da mulher apenas no período da gestação ao pós-parto (BRASIL, 2011).

Para Secchi (2013, p. 7) “políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas e do processo de construção de atuação dessas decisões”. O autor afirma que “uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (IBIDEM, p.13).

Em atenção à crítica dos movimentos feministas a essa visão patriarcalista de políticas sociais e devido a mobilização das mulheres e profissionais de saúde pela inserção de outras demandas como à reprodução e sexualidade, o Ministério da Saúde modifica essa orientação com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (OSIS, 1998).

Em decorrência de os serviços do PAISM não terem alcançado implementação efetiva, em virtude de a assistência ao pré-natal e ao parto apresentarem limitações o que veio se somar à mobilização do movimento de mulheres pela humanização do parto no Brasil o Ministério da Saúde institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2002. Este programa surge do reconhecimento da necessidade de repensar questões relacionadas ao acesso dos usuários em algumas regiões do país, assim como a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre pré-natal e parto, bem como a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna (SERRUYA, 2004).

O objetivo central do PHPN é “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p.5). Além destes programas, ocorreram outras conquistas legais no campo da saúde da mulher, dentre essas destaca-se: A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produziu mudanças nos modos de gerir e cuidar. Essa política também conhecida como HumanizaSUS visa a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, considerando que a comunicação entre esses três atores do SUS são fundamentais para promover mudanças no âmbito da produção de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004, e com atual vigor, representa a consolidação dos avanços do PAISM e possui como objetivo “promover melhoria das condições de saúde das mulheres por meio da garantia de direitos, ampliação do acesso aos serviços e visa ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011, p. 67).

Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, por meio da portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, essa política vigora até os dias atuais e assegura os direitos da mulher gestante desde o período de gestação ao pós-parto, sendo executada pelo Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal.

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, tem suas ações direcionadas à promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, objetivando acolher a mulher desde o início da gravidez até o fim da gestação, assegurando o nascimento e o bem-estar da mulher e da criança.

Outra grande conquista instituída pelo Ministério da Saúde, é a Rede Cegonha criada em 2011, por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, em virtude da necessidade de “adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.01).

Esta rede é o resultado da proposta pensada frente às altas taxas de mortalidade materna e infantil no país, pois havia uma grande vulnerabilidade que se refletia em indicadores que não

alcançavam o patamar esperado. Em face à essa realidade, o Brasil tornou-se signatário dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) até 2015, momento em que a relação com a saúde da mulher e da criança foi contemplada, especificamente, no 4º objetivo em que buscava-se reduzir a mortalidade infantil e o 5º melhorar a saúde das gestantes.

Tendo em vista que os cuidados durante e após o parto podem garantir a vida de mulheres e crianças recém-nascidas, a Rede Cegonha ao ser implantada, estabeleceu um conjunto de ações para garantir o direito ao planejamento reprodutivo e o atendimento seguro, humanizado e com qualidade, para todas as mulheres desde a assistência ao pré-natal, parto, puerpério, cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Após a vigência dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, foi constatado ainda em escala mundial uma realidade preocupante a respeito da mortalidade materna diariamente cerca de 830 mulheres morrem no mundo por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto. Segundo a OMS (2018), em 2015 cerca de 303 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto, quase todas ocorreram em ambientes com poucos recursos, a maioria delas poderiam ter sido prevenidas no pré-natal e evitadas nas maternidades, uma vez que as principais causas de morte materna estão associadas a elevação da hipertensão, complicações no parto, hemorragias, infecções pós-parto, abortos inseguros e as causas não definidas de óbitos maternos podem estar relacionadas a violência obstétrica.

Para Carvalho et al (2015, p. 179-180), “98% dos óbitos maternos no parto poderiam ter sido evitados, pois uma melhor qualidade da assistência ao pré-natal poderia reduzir essa taxa de mortalidade materna”, porque entende-se que a assistência pré-natal consiste no conjunto de atividades, cujo objetivo é promover a saúde da gestante e do feto, identificando riscos durante a gestação. Além dessa afirmativa, a “ausência ou deficiência de pré-natal está comprovadamente associada a maiores coeficientes de mortalidade materna”.

Na realidade Brasileira percebemos uma redução significativa no número de morte materna, de acordo com o Ministério da Saúde (2018), de 1990 a 2015 houve redução de 56% na razão de mortalidade materna, passando de 143 para 62 o número de óbitos maternos por cada 100 mil nascidos vivos, a OMS reconheceu essa redução ao aludir destaque aos avanços obtidos nas políticas públicas de saúde desde a década de 1990.

Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), demonstram que em 2015 o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna, envolvendo óbitos causados por problemas relacionados à gravidez e ao parto ou ocorridos até 42 dias depois. Já em 2016, foram registrados 1.463 casos, (correspondendo a taxa de 64,4 por 100 mil nascidos vivos) havendo uma queda de 16% em relação ao ano de 2015.

O Brasil é signatário no compromisso internacional com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2016/2030. O país comprometeu-se com a meta global na redução da mortalidade materna, sendo 30 os casos de morte materna a cada 100 mil nascidos vivos até 2030. Mas para o alcance dessa meta é necessário que Estado ofereça a qualidade da assistência ao pré-natal e parto, uma vez que esse é o processo de fundamental relevância para a redução da mortalidade materna (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

No Amazonas, de acordo com o Relatório Anual de Gestão da SUSAM, a meta estipulada em 2017 no indicador números de óbitos maternos, era 42 óbitos, porém, o resultado chegou a 43 e a meta atual é reduzir o número de óbitos maternos no Estado, entretanto, quando comparamos esse dado ao ano de 2015, por exemplo, percebeu-se uma pequena redução de 47 em 2015 para 43 óbitos maternos em 2017 (SUSAM, 2017).

Uma das preocupações da SUSAM é alcançar a meta de 100% de óbitos maternos investigados, pois em 2017 só se alcançou a investigação de 94%, ficando dois casos de morte materna por causas não definidas, para serem averiguados em 2018. Os indicadores relacionados à saúde da mulher apresentados no Relatório Anual de Gestão, de 2017, apontam: no indicador proporção de parto normal<sup>14</sup>, a meta para realização de partos normais em 2017 correspondia a 65%, porém não se atingiu essa meta, o estado alcançou o percentual de 61,5% de partos normais realizados no Amazonas, por esse motivo a meta atual estimada objetiva o aumento da realização de partos normais. O incentivo ao parto normal tornou-se uma prática devido “ao aumento do número de cesáreas registradas no Brasil” (ZANARDO, 2017, p.2).

Os dados mais recentes sobre partos cesáreos no Brasil, demonstraram que a taxa de cesariana ainda é um dos problemas protuberantes na assistência ao parto, em 2017 foram realizados 2,7 milhões de partos, considerando apenas a saúde pública, o percentual de partos normais foi maior, sendo 58,1% em contraste com os 41,9% de partos cesáreos. Mas, ainda

---

<sup>14</sup> O significado de parto normal refere-se àquele que ocorre naturalmente, sem uso de intervenções medicamentosas ou técnicas, sendo conhecido também como parto natural (COREM, 2009).

com esse avanço quanto à forma natural do processo de nascimento, as taxas de partos cesáreos em 2017 chegam a 41,9 %, muito além da taxa recomendada pela OMS, haja visto que para essa organização, desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% a 15%, então com base nesse indicador os 41,9% ainda representa elevada taxa de partos cesáreos (OMS, 2018).

Mas é uma realidade que vem sendo minimizada quando comparada ao ano anterior e somado a avaliação da OMS, pois em 2016 o Brasil tinha a segunda maior taxa de cesarianas do mundo totalizando 55%, perdendo apenas para República Dominicana em que a taxa equivale a 56%, nesse ano a OMS ao tecer suas considerações sobre essas elevadas taxas de cesáreas, avaliou que “essa situação já era percebida como uma epidemia no país” (FEBRASGO, 2018, p.1). Esse uso excessivo de partos cesáreos tem sido associado a fatores considerados determinantes, quais sejam: “o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto” (ZANARDO et al, 2017, p. 8)

Além disso, Ehrenreich e English (1973) assinalam para o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças ou patologias, a medicalização do corpo feminino, que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico, é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura.

A OMS (2018) considera a utilização de cesárea uma intervenção necessária somente quando for indicada por motivos médicos para salvar a vida de mães e bebês, nesses casos específicos as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. No entanto, não existem evidências que fazer partos cesáreos rotineiros e em mulheres que não necessitem, tragam benefícios a vida de mulheres e crianças, ao contrário, os partos cesáreos podem provocar consequências negativas para a saúde e qualidade de vida da mulher e da criança. A realização de cesáreas pode causar complicações até permanentes, com sequelas e mortes, principalmente quando realizadas em locais sem infraestrutura ou pouco seguro para tratar complicações pós-cirurgia, além de não ser recomendável porque a mulher precisa de mais tempo para se recuperar e a criança pode nascer com problemas respiratórios.

## SEÇÃO II – DOR E SOFRIMENTO DA MULHER NA HORA DO PARTO

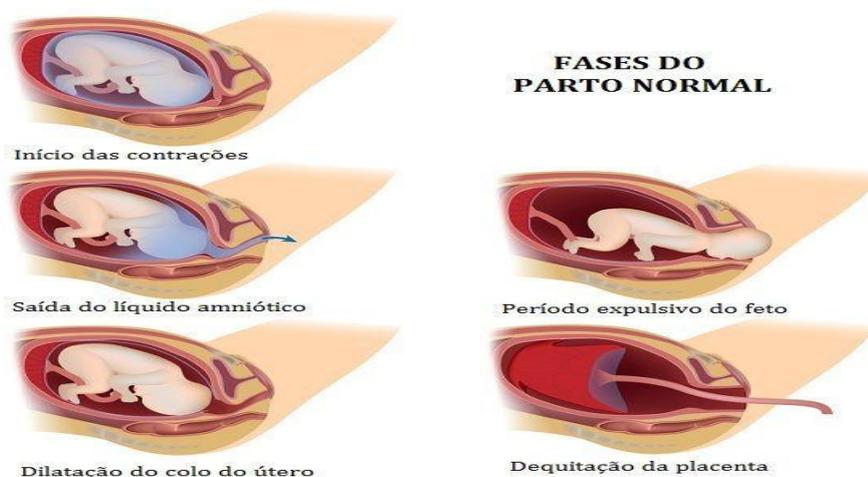
“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”  
(Michel Odent).

### 2.1 A hora do Parto no Instituto da Mulher Dona Lindu

O parto é um acontecimento biopsicossocial, que não se reduz somente ao aspecto biológico e fisiológico, é um evento influenciado por fatores psicossociais. O Ministério da Saúde recomenda que o parto normal e humanizado seja priorizado nas maternidades públicas do país, porque quando comparado a um parto cesáreo se considera que o parto normal é muito mais saudável para a mulher e criança, pois após o nascimento a criança é posta rapidamente junto à mãe, porque além de fortalecer o laço entre a mãe e o bebê, estimula a amamentação e garante mais saúde ao recém-nascido, já no parto cesáreo a recuperação cirúrgica é mais morosa e o processo de cicatrização da cirurgia pode ocorrer em até dois meses.

A OMS (2000, p.9) define parto normal como aquele de “início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e criança ficam em boas condições”. As fases do partejamento ou do trabalho de parto normal ocorrem sequencialmente e, incluem a dilatação do colo do útero, período expulsivo e a saída da placenta. A imagem a seguir ilustra essas três fases, vejamos:

**Figura 2** – Fases do Partejamento ou Trabalho de Parto Normal



**Fonte:** Site toda a matéria, biologia e fisiologia humana, 2019.

A primeira fase do parto ocorre com a presença de contrações, saída do líquido amniótico, processo de dilatação do colo do útero e do canal de parto. Essa primeira fase é dividida em latente e ativa, na latência as contrações uterinas são dolorosas e há alguma modificação cervical, incluindo a dilatação de até 4 cm. Na medida em que acontece a dilatação, a fase ativa tem início, sendo caracterizada por contrações mais frequentes e com intervalos menores, sequencialmente ocorre a progressiva dilatação cervical sendo superior aos 4 cm (CONITEC, 2016).

A segunda fase do trabalho de parto é caracterizada como período expulsivo, refere-se ao momento em o colo do útero alcançou a dilatação máxima, há o coroamento da criança momento em que a cabeça do bebê é visível e inicia-se o período expulsivo com contrações de expulsão ou com esforço materno ativo. A terceira fase do partejamento é o momento que inicia com o nascimento da criança e termina com a expulsão da placenta e membranas (CONITEC, 2016).

A duração do trabalho de parto normal é variável, “nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas. Nas múltíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas” (CONITEC, 2016, p. 39). O parto cesáreo realizado por meio da cirurgia conhecida como cesariana, não é recomendada como forma rotineira para o nascimento no Brasil, isso ocorre pelas elevadas taxas de cesarianas que tem sido comparada a uma epidemia nos últimos anos.

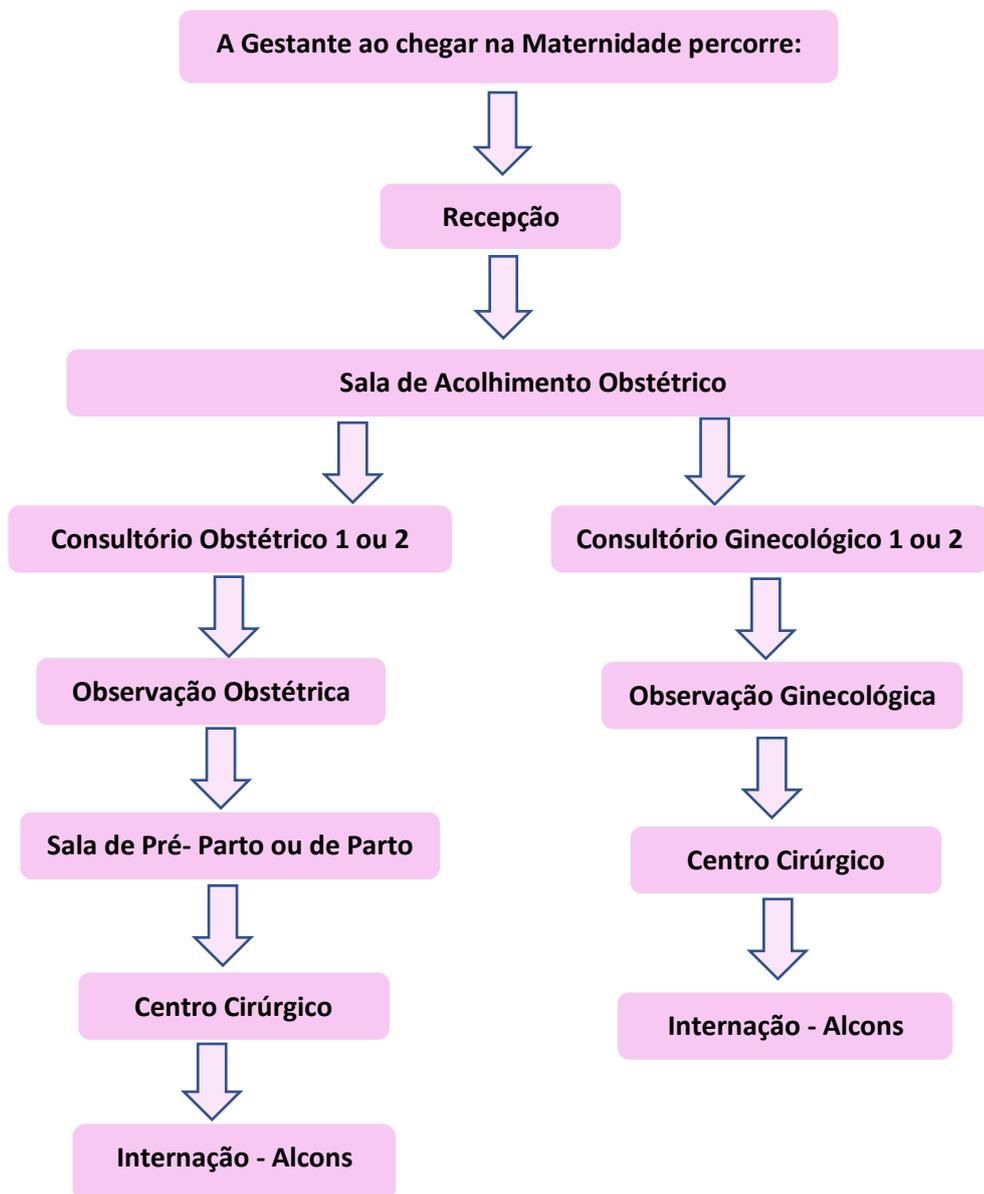
As principais recomendações para a realização de parto cesáreo, ocorre em casos de distócia em que acontece a “dificuldade de progressão do feto no trabalho de parto por qualquer motivo materno ou fetal” e também quando for eletiva ou de urgência “por indicação da equipe médica levando em consideração a história anterior da gestante e com a presença de exame para avaliar a maturidade fetal, evitando assim, fetos pré-termos” (SANTOS, 2004, p. 184-185).

No parto cesáreo se faz uso de anestesia podendo ser local conhecida como locor-regional ou geral, nesse tipo de parto é mais habitual o uso de anestesia locor-regional podendo ser raquidiana ou peridural, já a anestesia geral só é usada em situação de emergência na obstetrícia (IBIDEM, 2004).

O processo de internação das gestantes e parturiente no Instituto da Mulher Dona Lindu é metodicamente sistemático e depende dos sintomas e das condições de saúde que a mulher

apresenta para a entrada ao trabalho de parto, além disso, também depende de como os médicos plantonistas da classificação as avaliam. Para a compreensão de como é organizado o fluxo do atendimento na maternidade, elaboramos o seguinte fluxograma:

**Fluxograma 1:** Fluxo de atendimento à gestante no Instituto da Mulher Dona Lindu.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, pesquisa de campo, 2018.

O Instituto da Mulher oferece atendimento às mulheres com demandas diversas seja de natureza obstétrica ou ginecológica. Possui em sua estrutura organizacional um fluxo de

atendimento organizado, cujo funcionamento apresenta êxito na viabilidade para o atendimento das mulheres que buscam por serviço.

Na entrevista concedida a SUSAM pela atual diretora do Instituto da Mulher, Maria Aládia Tavares Jimenez, as reformas na estrutura do prédio foram importantes para atender melhor as pacientes, “toda a revitalização da parte estrutural nos ajudou a organizar melhor o atendimento, com salas específicas para determinados serviços” (SUSAM, 2018, p.1). A entrevistada destaca que o quadro de servidores foi ampliado com a entrada de “70 enfermeiros, um fisioterapeuta e três agentes administrativos, além disso os pacientes podem contar com o Projeto Posso Ajudar, que orienta os pacientes e acompanhantes, tirando dúvidas e encaminhando aos setores corretos” (SUSAM, 2018, p. 01).

A internação das grávidas no Instituto da Mulher é diversificada a depender da conduta dos médicos plantonistas e de como esses classificam o caso das gestantes. Quando a grávida chega à emergência no estágio de período expulsivo (período em que a criança está nascendo) ela é acompanhada imediatamente por um técnico de enfermagem até a Sala de Parto.

Nos casos em que a grávida chega à maternidade, mas ainda não se encontra no período expulsivo, ela ou seu acompanhante realiza o preenchimento de sua ficha cadastral na recepção, procedimento este essencial para seu atendimento e internação na maternidade. Em seguida aguarda o atendimento por profissionais da triagem.

**Figura 3** - Recepção do Instituto da Mulher.



**Fonte:** Maria Raquel Silva, pesquisa de campo, 2018.

Posteriormente a mulher é direcionada à triagem, cotidianamente realizada na sala de acolhimento. Na triagem é realizado o aferimento de pressão arterial, e também é identificado pelo enfermeiro e médico de plantão a demanda e o estado de saúde que a gestante apresenta.

**Figura 4** – Triagem na sala de acolhimento.



**Fonte:** Maria Raquel Silva, pesquisa de campo, 2018.

Esse é o espaço interno da maternidade onde identificamos maior risco da incidência de violência obstétrica no âmbito da violência institucional, pois, dependendo da classificação que se faça sobre os casos de saúde das mulheres, ela pode ou não, sofrer violência obstétrica devido ao tempo de espera para ser atendida, o que pode interferir na procedência dos demais procedimentos e em seu estado de saúde.

Quando se trata de demanda obstétrica a gestante é encaminhada a um dos dois consultórios obstétricos que a maternidade dispõe, quando é verificado que a demanda é ginecológica a mulher é encaminhada para o consultório ginecológico. Posteriormente, quando há recomendação médica a gestante pode ser encaminhada para realizar exames laboratoriais ou de ultrassom.

Quando se trata de demanda obstétrica, o médico examina e verifica os sinais que constata que a grávida entrará em trabalho de parto, quando apresenta 4 centímetros de dilatação do útero a gestante é encaminhada à sala de observação obstétrica. Quando se trata de demanda ginecológica, após a consulta, a mulher pode ser encaminhada para a sala de observação ginecológica, dependendo do caso.

Nos casos em que a grávida apresenta mais de 5 centímetros de dilatação, significa para a equipe médica, que é o momento do parto acontecer, após essa identificação a gestante é

direcionada a sala de parto quando houver possibilidade para a realização de parto normal, ou ao centro cirúrgico quando há recomendação para realização de parto cesáreo. Ressalte-se que na data em que conhecemos o ambiente da maternidade a sala de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto, conhecido como PPP, estava em reforma, sendo assim a sala apresentada foi uma sala improvisada. Após o parto as mulheres e seus filhos são encaminhados para internação nos Alcons da maternidade.

Em 2016, foi apresentado ao Ministério Público Federal, o Plano de Ação da Rede Cegonha para o Estado do Amazonas, através da gerência da Rede Cegonha da SUSAM. O documento prevê várias ações cujo o escopo é aprimorar o atendimento a parturientes e seus bebês nas maternidades da capital, adequando-o às novas práticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, correspondente a linha de cuidados para as gestantes e bebês. Para Gama (2004, p.87) “uma atenção de boa qualidade em saúde reprodutiva é aquela que contribua para modificar a subvalorização das mulheres, assim como, para promover a apropriação de sua corporalidade e o exercício dos seus direitos”.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomenda que a assistência materna e neonatal seja organizada com base nos princípios da atenção humanizada, que visa à garantia de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto e pós-parto. Para a garantia desses direitos é necessária uma ambiência acolhedora, entende-se por ambiência o ambiente físico, social, profissional, as relações interpessoais, para a garantia dos cuidados humanizados (ANVISA, 2014).

Em conformidade com esse Plano de Ação, no Instituto da Mulher Dona Lindu em 2018 foram realizadas significativas mudanças com a finalidade de proporcionar melhores condições de atendimento à mulher e a criança. Dentre essas mudanças houve reforma predial interna e “instalação de ar condicionados nas recepções, enfermarias e na Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal (UTIN), bem como modificaram o serviço de imagem e raio-X, de analógico para digital e reestruturou-se o serviço de mamografia” (SUSAM, 2018, p.1). A diretora considera que “durante essa gestão avançou-se muito no cuidado aos pacientes. Cada revitalização no ambiente, reestruturação no atendimento e criação de programas de acolhimento gera impacto direto na qualidade do atendimento às mães e bebês que nascem aqui na unidade”.

É notável o fato de que o Instituto da Mulher Dona Lindu vem evoluindo estruturalmente para atender a demanda oriunda da capital e do interior do estado do Amazonas, na medida em

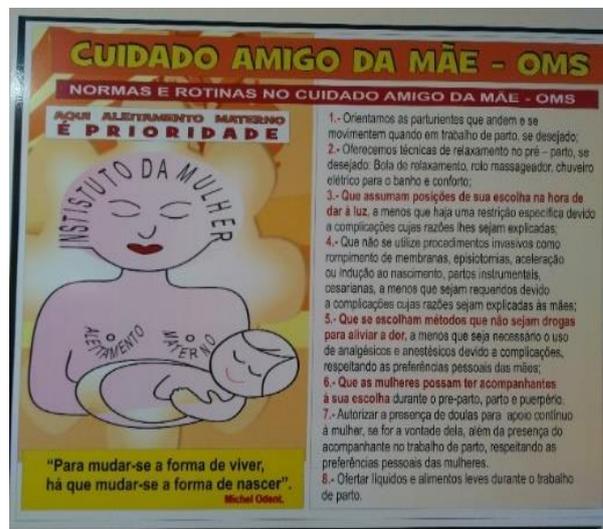
que a demanda vem crescendo, pois em 2018 os atendimentos cresceram 5% a mais que em 2017. Segundo a gestora Maria Aládia Tavares Jimenez, “na unidade de janeiro a outubro de 2018, foram realizados 5.753 atendimentos, sendo 4.571 partos, incluindo normais, cesarianas e partos gemelares<sup>15</sup>, e 1.182 procedimentos de curetagem e intercorrência obstétrica” (SUSAM, 2018, p. 01).

Algumas das mudanças foram constatadas na parte interna da maternidade, a exemplo, percebeu-se em seus corredores o incentivo ao aleitamento materno, o incentivo às boas práticas na assistência ao parto recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o incentivo ao cumprimento da Lei do Acompanhante, conforme ilustram as imagens a seguir:

**Figura 5** – Incentivo ao cumprimento da Lei do Acompanhante e às boas práticas recomendadas pela OMS.



**Fonte:** Maria Raquel Silva, 2018.



**Fonte:** Maria Raquel Silva, 2018.

De acordo com Iamamoto (2006, p. 22) “desde os anos de 1980, vem-se afirmando que o Serviço Social é uma especialização do trabalho, uma profissão particular, inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade”. Isso porque o trabalho não é considerado uma ação individual e sim uma atividade coletiva que possui caráter social, logo o trabalho do assistente social também é fruto de uma construção coletiva. Conforme Iamamoto (1999), a constituição do Serviço Social se dá por meio da ação do Estado, quando este passa a administrar os conflitos de classes na sociedade, advindo do processo de industrialização e

<sup>15</sup> Parto gemelares refere-se ao processo de nascimento múltiplo, de dois ou mais bebês.

urbanização, resolvendo tratar a questão social no âmbito institucional. A partir disso, originam-se as políticas públicas conceituadas na atualidade, como respostas específicas do Estado para o enfrentamento às expressões da questão social.

O assistente social, como vimos anteriormente, é o profissional preparado para intervir nas inúmeras expressões da questão social de forma relacional e propositiva, com a elaboração e na execução das políticas sociais nos diversos campos de atuação profissional.

No campo da saúde, “o Serviço Social, se organiza em plantão ou plantão em jornada diária de seus profissionais para realizar o trabalho interventivo. Mas, também, as assistentes sociais podem se organizar “desenvolvendo ações no plantão, e em programas ou somente em programas e projetos” (VASCONCELOS, 2009, p. 245).

Na pesquisa de campo, para além da rotina de atendimentos individuais e encaminhamentos, constatamos no plantão da assistente social, a operacionalização do acolhimento realizado junto às mulheres assistidas durante o parto no Instituto da Mulher Dona Lindu, as quais encontravam-se alojadas junto aos bebês na Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal (UTIN).

**Figura 6** – Acolhimento às mulheres assistidas no Instituto da Mulher.



**Fonte:** Maria Raquel Silva, 2018.

Essa prática da profissional, tem respaldo na lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, como competências do assistente social: III - encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população (CFESS, 1993, p.1).

Na pesquisa de campo realizada com 10 mulheres no Instituto da Mulher Dona Lindu, identificamos que apesar dos investimentos e melhorias para o atendimento e qualidade dos serviços, na assistência ao parto no Instituto da Mulher, ainda são constatados relatos de dor e sofrimento provenientes de violência moral, psicológica e física na hora do parto, em escala mínima, mas ainda recorrente ao decorrer dos anos, como já observamos nos dados mensurados nesse trabalho dissertativo.

Em um dos relatos obtidos na pesquisa de campo, obtivemos o seguinte dado:

Eu tive meu bebê em casa, não deu tempo de chegar até a maternidade, quem fez meu parto foi minha mãe, minha irmã e uma enfermeira, só depois que elas me trouxeram para a maternidade. Já aqui na maternidade eu não tenho que reclamar do atendimento lá fora, só na hora do parto que o médico foi grosso, reclamou porque eu não vim logo para a maternidade porque tinha resto de parto em mim, depois ele puxou o resto do parto com muita força, e eu me contorcendo de dor e gemia, minha mãe pediu para que ele ir devagar, mais ele não ligava e continuava a mexer lá com raiva, na hora eu senti medo e fiquei me tremendo (GIRASSOL, 19 anos, entrevista, 2018).

Percebemos o abuso de poder sobre o corpo e o desrespeito sobre a opinião de sua acompanhante, além da falta de empatia no trabalho que é realizado no corpo de um outro ser humano. Para Ciello et al, (2012, p.172), “não parece haver dúvidas sobre a fragilidade da parturiente e o poder determinante da autoridade médica, no momento do parto, particularmente no ambiente hospitalar, contexto organizacional por si já autoritário”.

Na discussão sobre violência obstétrica, vem sendo muito sinalizada conceitualmente tanto pelos Movimentos de Humanização do Parto e Nascimento (MHPN), quanto na produção teórica brasileira, que a “violência obstétrica configura a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia” (QUEIROGA, 2015, p. 4).

Podemos inferir que um dos fatores impulsionadores da prática da violência obstétrica tem sido o desrespeito à autonomia da mulher, pois considerando que a mulher é dona e conhecedora de seu próprio corpo, nada melhor para o ser humano que habita nesse corpo, que é a mulher, expressar o que sente, suas dores, seu desconforto, suas vontades, especialmente num processo tão esperado e também tão temido que ocorre ao vivenciar o partejamento. Trata-se de uma violação aos direitos humanos da parturiente, pois houve a realização de um procedimento sobre o corpo da mulher que intensificou sua dor, não sendo levado em consideração nem a vontade da mulher e nem a opinião de sua acompanhante.

## 2.2 Parturientes, quem somos?

Parturientes são mulheres geradoras de vida que carregam em seu ventre por nove meses uma outra vida, a da criança, desde o momento da concepção até a hora do parto. São mulheres que tem vontade de ter filhos, que têm desejos, anseios, sonhos, personalidade e vontade própria. Mulheres que vivenciam sua sexualidade desde o processo em que seu corpo passou por mudanças biológicas e fisiológicas como a puberdade, a menstruação, o sexo e a fecundação. De acordo com Del Priore (1995), salvo a participação masculina no ato sexual, são as mulheres que vivenciam com mais afinco o sofrimento das modificações corporais advindas da fecundação, desenvolvimento fetal, parto e puerpério.

No momento precedente à realização da pesquisa de campo, com as mulheres que tiveram seu parto assistido no Instituto da Mulher Dona Lindu, identificamos na observação realizada nos alcons<sup>16</sup> que quase todos os partos são cesáreos, poucos são os normais, até mesmo nos alcons destinados as mulheres que realizaram partos normais, encontram-se mulheres com partos cesáreos. Na abordagem inicial nos alcons a respeito do que se tratava a pesquisa, duas mulheres puérperas<sup>17</sup> fizeram comentários afirmando: “aqui desse lado você não vai ouvir tanto caso de violência não, porque aqui nesses quartos são mais partos cesáreos, esse tipo de violência que a senhora fala acontece mais no parto normal” (Tulipa, 30 anos, entrevista, 2018).

Parece haver uma certa timidez por parte das mulheres em falar de violência no parto ou violência obstétrica, essa retração é justificada em face da vergonha que elas sentem diante de um assunto tão íntimo. De acordo com Assis (2018, p.11), “muitas mulheres, apesar da dor, não sabem nomear essa natureza de violência”. O próprio desconhecimento das mulheres sobre seus direitos enquanto gestante e parturientes dificulta o reconhecimento da violência obstétrica, especificamente a que acontece na ocasião do parto. A falta de informação das mulheres sobre seus direitos e sobre onde reivindicá-los quando esses são violados, foi o fator preponderante que por muito tempo permitiu que a violência obstétrica fosse invisibilizada no Brasil.

Na pesquisa de campo realizada com a amostra de 10 mulheres assistidas no Instituto da Mulher Dona Lindu, identificamos dentre as entrevistadas, que 03 mulheres pariram seus

---

<sup>16</sup> Alcons significam leitos.

<sup>17</sup> Puérpera: significa mulher que acaba de dar à luz (ver Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde, 2011).

filhos por meio de partos cesáreos e somente 06 por partos normais via vaginal ou partos naturais. O parto normal é propriamente parto vaginal que ocorre de forma natural e espontânea desde o início do partejamento. Já o parto cesáreo ocorre com a realização de procedimento cirúrgico para retirada da criança do útero da mulher.

O parto normal ou vaginal é considerado o método mais natural, do ponto de vista biopsicossocial e apropriado para o nascimento. Suas vantagens são inúmeras dentre as quais estão o baixo risco de gravidade, de complicações e infecções quando comparado ao parto cesáreo, bem como a recuperação mais rápida após o nascimento, além da amamentação mais fácil e saudável para o recém-nascido. O parto normal produz maior ansiedade para as gestantes principalmente as primíparas<sup>18</sup>, essa ansiedade pode aumentar nos meses finais da gestação, quando a gestante começa a pensar mais no parto e nas dores inerentes a esse momento (VIANA et al, 2014).

Nesse pensar o parto está inculido o imaginário da dor do parto, estudos<sup>19</sup> apontam que esse imaginário, está historicamente fundado em construções culturais. Na cultura ocidental principalmente, as mulheres interpretam a dor do parto e o próprio parto, com um momento regado por medo, desespero da dor, sofrimento e morte. Isto advém de muitos séculos, desde que houve a consagração da dor como sofrimento no parto por meio da construção sociocultural, gerado no imaginário feminino, que o parto é momento de dor insuportável, mas necessário.

Um aspecto relevante, para compreensão do imaginário da dor do parto é que sua vivência pela mulher tem sua dimensão cultural bastante enfatizada. Em algumas culturas, é valorizada a atitude de suportar a dor em silêncio, enquanto em outras a expressão da dor é permitida de forma explícita (SAITO, GUALDA, 2002).

No que concerne à dor do parto, Moldonado (1991) salienta a importância dos profissionais de saúde considerarem o contexto sociocultural e a individualidade físico-psicológica da parturiente, para que seja possível entender melhor a dimensão e subjetividade desse fenômeno, pela influência que esses aspectos exercem na maneira de sentir e interpretar as diferentes sensações advindas da dor ao longo da evolução do trabalho de parto.

---

<sup>18</sup> Primípara significa mulher que está dando à luz pela primeira vez; segundo o Dicionário Ilustrado da Saúde.

<sup>19</sup> Como o estudo de ALMEIDA, Nilza Alves Marques intitulado A dor do Parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do SUS. Goiânia, 2009.

Com a finalidade de conhecer com mais profundidade as parturientes, público alvo dessa etapa da pesquisa de campo, apresentamos, a seguir, o perfil das 10 mulheres parturientes assistidas no Instituto da Mulher Dona Lindu.

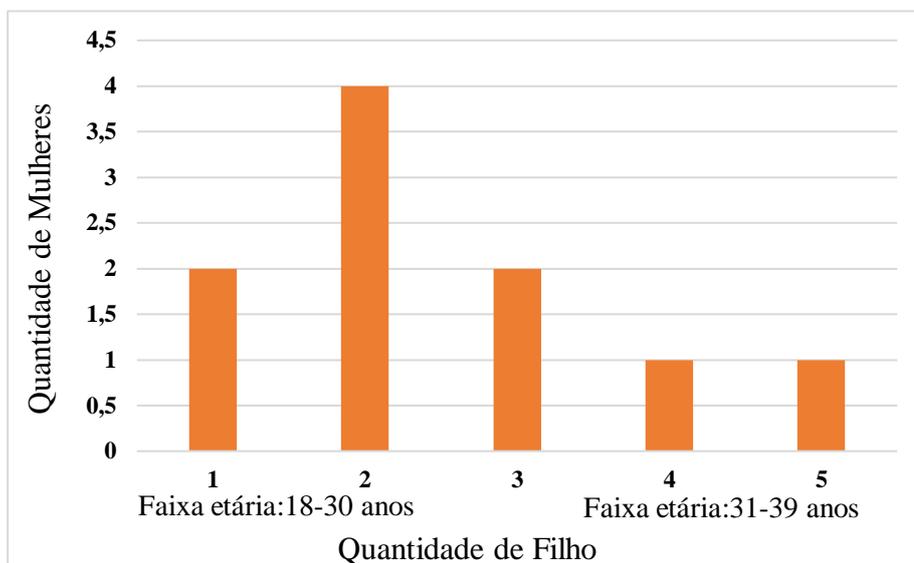
**Tabela 2 - Idade das mulheres entrevistadas**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Quantidade</b>
18 a 20 anos	04 mulheres
21 a 25 anos	01 mulher
26 a 30 anos	03 mulheres
31 a 39 anos	02 mulheres

**Fonte:** Pesquisa de Campo, 2018.

A pesquisa constata que a faixa etária das mulheres em idade reprodutiva está entre 18 a 30 anos e a mínima corresponde a faixa de 31 a 39 anos. De acordo com as estatísticas mundiais da saúde, estima-se que 208 milhões de mulheres em idade reprodutiva, que são casadas ou estão em união estável em todo o mundo, ainda não têm suas necessidades de planejamento familiar atendidas com um método contraceptivo moderno (OMS, 2018).

**GRÁFICO 1 – Perfil de Idade Reprodutiva**



**Fonte:** Pesquisa de Campo, 2018.

Em Manaus e no Brasil o planejamento familiar é oferecido na rede pública de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS's). O planejamento familiar se constitui como um importante mecanismo da assistência materna e infantil que visa informar e educar casais bem como a população em geral, sobre a reprodução, a importância da família, o papel da mulher, do pai e do filho dentro desse contexto e por final sobre as repercussões de toda constituição familiar na comunidade.

Para Camiá et al. (2001) o planejamento familiar é visto como um serviço de prevenção primária de saúde, que auxilia as usuárias com as informações sobre a escolha e o uso efetivos de métodos anticoncepcionais mais adequados, o que é relevante para a saúde da mulher. Na realidade local, de acordo com as informações da SUSAM (2017) a meta no Estado do Amazonas é aumentar sua cobertura e acesso às pessoas de baixa renda ao planejamento familiar.

A respeito da participação dessas mulheres em consultas pré-natais, somente uma informou ter participado de duas consultas, três afirmou ter realizado cinco consultas, uma disse ter participado de seis, quatro delas afirmou ter realizado sete consultas pré-natais e somente uma respondeu que se submeteu a oito consultas. Esses dados são avaliados de forma positiva, pois é de fundamental importância para a saúde da mulher e do bebê a realização das consultas pré-natais, a realização de exames clínicos e o cumprimento das recomendações avaliadas pela equipe multiprofissional que acompanha a gestante no pré-natal.

Esses dados mostram que a presença e participação das mulheres nas consultas pré-natais tem se mantido estável, pois em Manaus, o percentual de nascimentos de mães que realizaram “sete ou mais consultas de pré-natal passou de 37,4% em 2008 para 32,7% em 2012, apresentando declínio de 4,7% no período, estando abaixo da média nacional de 61,1% de mães com sete ou mais consultas de pré-natal” (SEMSA, 2014, p.21).

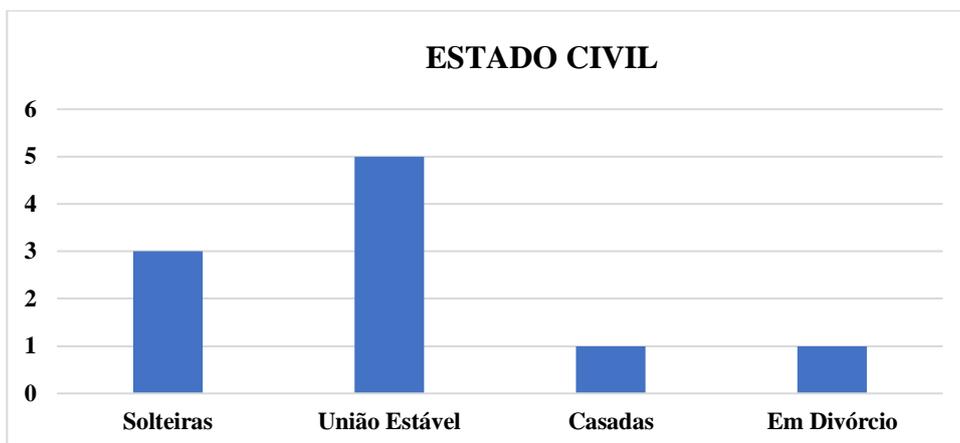
A maioria das entrevistadas, correspondendo a seis mulheres concluíram o ensino médio, outras duas ainda estavam cursando essa modalidade de ensino, uma cursava o ensino técnico em enfermagem, e somente uma possuía somente o ensino fundamental completo. Averiguamos que o nível de escolaridade tem se mantido no nível regular para inserção no mercado de trabalho profissional, por outro lado percebemos que as mulheres ainda possuem dificuldades para se qualificarem profissionalmente, haja vista que o acesso ao ensino técnico foi constatado apenas com uma mulher dentre as entrevistadas.

A dificuldade para se inserirem no mercado de trabalho formal ocorre pela ausência de qualificação profissional, uma vez que esse fator aliado ao nível de escolaridade e até mesmo à experiência profissional, são requisitos fundamentais exigido as pessoas que buscam pela inserção no mercado de trabalho formal na atual sociedade (ROCHA e OLIVEIRA, 2015).

Em nossa pesquisa há mulheres que se declararam pardas, uma afirmou ser negra e apenas uma outra se identificou como branca. A maioria pertence à classe subalterna, cerca de 9 mulheres possuem como ocupação a função de donas de casa, responsáveis pelo cuidado do lar, com os filhos, com os afazeres domésticos e dependem economicamente do companheiro ou da família, somente uma declarou ser estudante e possuir renda própria.

Conforme Scott (1991), gênero é considerado uma categoria de análise que está intrinsecamente relacionada com outras categorias como classe, raça ou etnia, além disso nos estudos que envolviam a mulher os pesquisadores consideravam cientificamente que as desigualdades de poder estão interseccionadas com esses conceitos.

**Gráfico 2 – Estado Civil**



**Fonte:** Pesquisa de Campo, 2018.

Durante a entrevista uma mulher identificada como Violeta (29 anos), que respondeu estar em processo de divórcio encontrava-se em situação vulnerabilidade social. Vulnerabilidade é um conceito trabalhado pelo Serviço Social brasileiro e diz respeito àqueles grupos populacionais que possuem carências materiais exigindo a proteção do Estado (TORRES, 2007). Violeta estava sem acompanhante para ajudá-la no cuidado pessoal dela e de seu bebê, encontrava-se enfrentando alguns problemas familiares, pois, segundo ela própria

“estou numa situação difícil, além dessas condições, estou me divorciando, na verdade estou pensando muito nisso” (entrevista/2019).

Bauman (2007) explica que a insegurança atinge a vida no tempo contemporâneo. Nesses tempos líquidos as pessoas não se sentem seguras nas cidades, os vínculos afetivos não são duradouros, pelo contrário são transitórios. Nessa era consumista e individualista os vínculos humanos criados são frouxos e por isso os laços afetivos se escorrem, se esvaem. De acordo com esse autor (2009, p.7), “líquido moderna é uma sociedade em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir”.

A condição biológica da mulher como reprodutora serve de justificativa para a situação de dominação masculina à qual a mulher é submetida. Uma característica dessa ideologia aparece com a tentativa de adestramento da mulher sobretudo a partir século XVIII, período do Brasil colônia, em que a igreja estabelece códigos de matrimônio, como forma de dominação do homem sobre a mulher (TORRES, 2002).

Del Priore (2009) pontua que outro mecanismo de domesticação da mulher é ancorado no discurso normativo da medicina sobre o funcionamento do corpo feminino. Esse discurso imbuído de moralidade religiosa fundamentou cientificamente a função natural e biológica da mulher no campo da procriação como o único papel do feminino. Para Torres (2002), esses discursos médicos foram relevantes para disciplinar ou domesticar as mulheres a uma conduta que colocava em xeque os comportamentos femininos exigidos para o casamento e para a reprodução, assim foi se reiterando a função procriadora do corpo feminino. O médico buscava disseminar a ideia de que a vivência da maternidade representaria para as mulheres ter um corpo saudável e uma alma pura.

Conforme Del Priore (2009), na aliança da medicina com a Igreja, a favor da constituição de famílias sacramentadas, o médico e o padre tinham acesso igualitário na intimidade das mulheres. O padre tinha acesso à alma e o médico, por sua vez, apropriava-se do corpo feminino, principalmente no momento de partos difíceis, e de doenças graves. O médico tinha liberdade para interrogar e desvendar a sexualidade feminina. Eles passaram a estudar não apenas a anatomia e a patologia do corpo feminino, mas também a fisiologia feminina, isolando os fins para o qual ele teria sido criado e aos quais ela obedeceria.

A aproximação dos médicos com o parto teve início no século XVI, mas somente durante os séculos XVIII e XIX que a prática médica nos cuidados com o corpo feminino começa a ser constituída, organizada e legitimada<sup>20</sup>. Especificamente no final do século XVIII, o uso da tecnologia era direcionado a salvar vidas de mulheres e crianças, mas também foi por meio desse uso que o controle social sobre o corpo feminino começa a ser exercido pela medicina. Para Foucault (1982), a medicina representa uma estratégia biopolítica que a sociedade capitalista investiu, consiste em uma estratégia de controle social que inicia e acontece no corpo.

No século XIX, o discurso médico prevalecente sobre o corpo feminino referia-se à sexualidade e à reprodução feminina, como campo de subordinação e controle médico. Conforme Vieira (2002), o discurso médico difundido nessa época estava em concordância com as normas sociais vigentes, versava sobre a sexualidade das mulheres, em que elas só poderiam ter uma vida saudável se sua sexualidade tivesse como objetivo a reprodução. Oposto a essa ideologia, as relações sexuais estabelecidas fora do casamento eram consideradas distúrbios, assim como a masturbação e a prostituição significavam doenças, é com base nesses princípios conservadores enraizados na moralidade que o discurso médico sobre o corpo feminino, foi constituído e desenvolveu-se na sociedade brasileira, reproduzindo ideias e conhecimentos que envolvia as áreas da higiene, da psiquiatria e da medicina, como um discurso disciplinador e repressivo sobre o corpo e a sexualidade da mulher.

Ao serem propagadas e defendidas ideias sobre o corpo e a sexualidade feminina, em que se apregoava que o corpo feminino era naturalmente maternal e reprodutivo e a sexualidade deveria estar vinculada com essa funcionalidade, fortaleceu-se o estereótipo da mulher depravada e pervertida, bem como da mãe desnaturada, diante das ideias cobertas de moralidade defendidas pela sociedade. Com a entrada e o uso da tecnologia pela medicina, a apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi sendo consolidada, pois com o desenvolvimento dos conhecimentos cirúrgicos e tecnológicos, utilizado pela medicina no momento do parto, foi se ordenando um novo saber no campo da medicina que é denominado obstetrícia.

A emergência da obstetrícia no século XIX originou mudanças na atenção ao parto e nascimento, sendo a principal delas a retirada das parteiras no cenário do partejamento, para tornar possível a entrada dos médicos em cena, sendo eles os novos atores que vão protagonizar

---

<sup>20</sup> Ver Vieira (2002).

o parto. O surgimento da obstetrícia atribui aos médicos o importante papel de partejar, concomitantemente foi necessária a criação de maternidades e hospitais com o suporte para a realização de partos e assim ocorre a legitimação da hospitalização do parto. Outra mudança ocorrida foi a expansão da assistência médica, desde a gravidez até ao parto, por meio dos serviços e programas que permitem a mulher cuidar de sua saúde até o momento do parto (VIEIRA, 2002).

O desdobramento da obstetrícia representa uma prática médica intervencionista, que permite que o parto deixe de acontecer de forma natural e biológica e passe a ocorrer com o uso de intervenções médicas e tecnológicas, seja pela indução de medicamentos, técnicas ou procedimentos cirúrgicos. Assim, a prática médica sobre o corpo feminino torna-se uma prática intervencionista em que mais que um discurso disciplinador sobre o corpo feminino, apresenta-se a efetiva apropriação desse corpo como objeto de saber e de intervenção médica.

O parto e o nascimento, outrora reconhecido como um evento fisiológico e feminino começam a ser percebido como um acontecimento médico realizado por mãos masculinas, envolvendo a noção de risco e de patologia no entendimento desse acontecimento. Nesse modelo de atenção a mulher deixou de ser a principal protagonista do parto, evento que envolve seu corpo e sua vida, na medida em que o médico tornou-se o principal responsável por conduzir o partejamento (Wolff e Waldow, 2008).

Davis Floyd (2000), sistematizou três modelos de assistência ao parto, denominado tecnocrático, humanizado e holístico. No modelo tecnocrático a medicina fundamentou-se no conceito de separação, a base desse argumento centrava-se na concepção de que a matéria só poderia ser bem compreendida se fosse dissociada das relações que a circundavam, ou seja, extraída do seu contexto. A medicina dividiu os sujeitos em partes para sistematizar o conhecimento científico, mas simultaneamente separou a experiência do nascimento do evento mais relevante da vida humana.

De acordo com Davis Floyd (2000), uma característica marcante desse modelo tecnocrático é a separação da mente e corpo, instituída na Idade Moderna pelos filósofos, momento em que situou-se a elevação da alma humana, por acreditar que a alma pudesse permanecer intacta diante das experiências inerente ao corpo. Esse pensamento fortalecido por uma sociedade patriarcal tomou o corpo masculino como arquétipo do corpo humano, pondo em subjugação o corpo feminino compreendido como um corpo diferente, defeituoso e

estranho, o qual necessitava do trabalho masculino para poder ficar em ordem. O parto consistiria na fase mais extrema de uma máquina defeituosa e inconfiável o qual demandava a necessidade de uma imediata intervenção profissional.

Prosseguindo na metáfora do parto, segundo Floyd (2000, p.01) “o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial”. Assim como no espaço da fábrica, o partejamento realizado na maternidade é organizado hierarquicamente, tendo como supremacia, nessa organização hierárquica, a autoridade médica que irá utilizar das ferramentas tecnológicas sobre o corpo feminino uma vez que esse é considerado defeituoso, a fim de melhorar o trabalho de parto, que também é percebido com certo estranhamento e defeito.

Foi assim que mecanizou-se o atendimento às mulheres, em que o corpo da parturiente que é visto como uma máquina, agora está sob os cuidados médicos, principal operador desse processo que retira o protagonismo da mulher. Conforme Floyd (2000, p. 2) existe uma “alienação do profissional em relação ao paciente” os médicos quando possuindo dessa alienação o desconsidera como sujeito que possui corpo, mente e alma, formado por uma fisiologia, psique e subjetividade que também pertence a um meio social, “esse tipo de alienação é aprendido e treinado na academia durante os longos anos, quando os estudantes são ensinados a evitar o envolvimento emocional com seus pacientes”.

Os países que mais utilizam esse modelo são os Estados Unidos, Brasil, México e Chile. Nesse modelo tecnocrático ou tecnológico, o centro das decisões é o médico, o uso da tecnologia é intensivo, existe altas taxas de cesáreas e outras intervenções como episiotomia, induções de medicamentos intravenosos e outros. Nesse modelo o enfoque centra-se no olhar de risco de potencial da parturiente (RATTNER, 2009).

O modelo humanizado contraposto ao modelo tecnocrático, emerge da necessidade de conter as consequências resultantes do excesso de tecnocracia. Nesse modelo, o corpo é compreendido do ponto de vista biológico como um organismo, nesse organismo é manifestado dores e emoções, bem como os afetos que são postos em evidência desde o primeiro momento de contato da mãe com o bebê.

No modelo humanizado há o reconhecimento da simbiose mente e corpo, tornando existente a abordagem biopsicossocial. O meio de cura enfatizado nesse modelo consiste em tratar os sintomas psicológicos uma vez que estão acoplados aos sintomas físicos, sendo assim

as emoções da mulher grávida devem ser consideradas, pois elas influenciam durante o parto. Para Floyd (2000, p. 4) “as emoções de uma mulher grávida influem em seu trabalho de parto e muitos problemas nessa fase podem ser mais bem encaminhados através do suporte emocional e não das intervenções tecnológicas”.

Em contraposição ao modelo tecnocrático, no modelo humanizado é enfático a relação de respeito entre o médico e a paciente, os profissionais humanistas defendem que deve-se tornar a medicina mais receptiva, relacional e dialógica.

Os países adeptos desse modelo são Inglaterra e Gale, França, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Holanda, Japão entre outros. Nesse modelo humanizado ou humanista são consideráveis a escuta, a escolha e as decisões da parturiente, o enfoque predominante é o processo fisiológico, pois acredita-se que assim como o corpo feminino teve condições de gerar a criança, ele tem condições de permitir que a criança nasça, porém não se descarta o uso da tecnologia, e nesse modelo só se utiliza a tecnologia no momento apropriado em que é percebido sua necessidade. Geralmente esse modelo é utilizado na casa de parto, no domicílio, no hospital quando há indicação, e a novidade é que na equipe profissional a parteira se faz presente (RATTNER, 2009).

No modelo holístico é contemplado a unicidade corpo-mente-espírito em que o processo de cura contempla essa múltipla dimensão, nesse modelo o corpo não é percebido como máquina, mas como um campo de energia que está em conexão com outros campos de energia. Assim, o processo de cura desse corpo está atrelado a uma ampla variedade de procedimentos em que encontra-se envolvida a medicina holística, cujos os métodos mais utilizados são terapia nutricional, toques terapêuticos, acupuntura, procedimentos de transferência de energia pelo campo magnético, dentre outros.

Concernente ao parto, o modelo holístico defende que é importante dedicar atenção aos componentes psicológicos que envolvem a gravidez e o parto, como parte importante no processo de cura de doenças e intercorrências no momento do trabalho de parto. Além disso, na visão holística a relação médico e paciente entram em conexão, uma vez que ambos fazem parte de uma realidade, entende-se que “o corpo é um campo de energia ele se relaciona energeticamente com outro campo de energia, o do profissional” (DAVIS FLOYD, 2000, p.9).

A incorporação de conhecimentos que regem a vida das pessoas seja de ordem comportamentais e práticas, baseiam-se em três esferas: o mágico, o empírico e o científico. No

que se refere às práticas médicas e obstétricas essas devem estar vinculadas ao conhecimento de natureza científica, que diz respeito ao conhecimento que “está baseado na investigação sistemática e metódica, seguindo regras pré-estabelecidas que permitem sua replicabilidade se essas forem respeitadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.182).

O conhecimento científico ainda que não seja infalível, é o mais confiável quando comparado a tradição e experiências pessoais e particularizadas. De modo geral as práticas médicas e em específico as obstétricas, têm sido adotadas seguindo o pensamento científico, embora muitas delas sejam utilizadas com respaldo científico, outras são utilizadas durante anos, fundamentadas apenas pela tradição e pela autoridade.

### **2.3 Os tipos de violência obstétrica praticados na assistência a parturientes no Instituto da Mulher Dona Lindu**

A violência simbólica se revela na vida das mulheres de forma disfarçada e dissimulada, tornando-se despercebidas por suas vítimas, ela nem sempre é suave, porque produz consequências como qualquer outra espécie de violência contra a mulher. A materialização da violência simbólica como uma espécie de violência contra a mulher, ocorrida nas relações de gênero e de poder, se apresenta no âmbito educacional, hospitalar, no ambiente de trabalho, nas instituições públicas, religiosas, nos meios de comunicação, dentre outros, sendo expressiva principalmente por meio de estigmas e situações depreciativas ligados a mitos de cepa patriarcal dentre outros.

Vejamos os relatos encontrados nos dados da pesquisa de campo que expressam a violência simbólica e moral: “perto da sala de ultrassom o maqueiro fez gracejo e disse que ano que vem eu estaria de novo na maternidade. Eu estava com tanta dor que nem respondi. As pessoas que estavam lá em baixo ouviram e disseram que ele devia ter mais respeito” (Rosa Amarela, 29 anos, entrevista, 2018).

De acordo com Saffioti (2004, p. 17), o conceito de violência contra a mulher se baseia na “ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral”. Já a violência moral para Segato (2003, p.115), “é uma ação que envolve agressão emocional, trata-se da argamassa para outros tipos de violência, são exemplos da violência moral: humilhação, intimidação, coação moral, desvalorização da

mulher como pessoa, etc”. O Conselho Nacional de Justiça (2017, p.1), também define violência moral como “a ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher”. A violência moral é toda expressão verbal que tenha por finalidade difamar ou intimidar moralmente a mulher, atingindo dessa maneira sua integridade moral e sua subjetividade causando-lhe danos morais e até psicológicos.

Averiguamos na pesquisa de campo que a violência simbólica e moral durante o partejamento, como forma de violência obstétrica, foi perpetrada contra mulheres com idade diferenciada e sua ocorrência foi independente de motivos específicos, como é explícito no penúltimo relato: “a pediatra me disse: você, vai estar aqui ano que vem. Eu disse: não, eu passei 9 anos para engravidar. Ela falou isso do nada, não teve um assunto específico pra ela falar isso” (Flor de Lótus, 29 anos, entrevista, 2018).

Com base nos relatos mencionados, constatamos que a violência simbólica e moral praticada contra as mulheres no Instituto da Mulher Dona Lindu, tem sido exercida por profissionais de distintas áreas de formação. Esse dado da pesquisa de campo, possui significação quando analisamos a violência obstétrica ao longo dos anos, porque diferentemente de outros casos, anteriores a 2018, a prática da violência era perpetrada na maioria das vezes por médicos obstetras. Em alguns casos de violência obstétrica, identificamos a mulher usufruindo de seu poder de voz, como forma de resistência a uma violência advinda de outros profissionais sem ser o médico. Significa dizer que em um espaço institucional onde as ideias e práticas vis são recorrentes por anos a fio, outros profissionais também assimilam essas práticas e as reproduzem, porque elas sempre foram perpetradas sem qualquer questionamento.

Veja o que relata uma das participantes da pesquisa que estava em estado puerpério no Instituto da Mulher Dona Lindu: “o maqueiro disse que não era pra mim gritar que não iria demorar para eu estar aqui de novo”. A pediatra também me disse: “depois de um tempo eu iria esquecer a dor e iria voltar pra cá de novo, isso aconteceu já depois do parto” (Camélia, 18 anos, entrevista, 2018).

A violência simbólica e moral como forma de violência obstétrica tem cariz moral e está vinculada ao abuso de poder e autoritarismo dos profissionais de saúde quando esses desrespeitam e estigmatizam a mulher em detrimento do exercício de sua sexualidade. É preciso que os profissionais de saúde realizem um atendimento e assistência humanizada para o bem-estar e saúde da mulher e da criança, a fim de oferecer um atendimento digno, respeitoso e

humanizado, o que é deles por direito com respaldado em lei, políticas e programas. Constatamos que a prática da violência simbólica e moral vivenciada pela mulher durante o pós-parto na maternidade foi cometida por diferentes profissionais. Em face a todos esses relatos de violências, analisamos que a prática da violência obstétrica na maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu, tem tornado-se uma prática cultural, vivenciada desde o trabalho de parto até no período pós-parto.

Para Bermejo (2008. p. 37), “fingir que não entende, não fazer caso do limite alheio, não agir como responsável pela frágil vida do outro é fonte de desumanização”. Essa desumanização emerge quando não se considera o indivíduo em sua integralidade e quando não se percebe que os indivíduos são distintos uns dos outros, inclusive em sua forma de conviver, sentir e se expressar.

Os relatos de violência obstétrica constatados, chamam a atenção para a urgência nas medidas de prevenção dupla, tanto pela sociabilização de informações sobre violência obstétrica para as mulheres usuárias dos serviços, quanto para os profissionais de saúde com o objetivo de sensibilizar e alertar sobre os atos que caracterizam violência obstétrica. Essas práticas de violência precisam ser banidas do exercício profissional na maternidade, pois o hospital é o lugar onde a mulher espera ser atendida e acolhida com respeito e com os cuidados adequados.

Desde 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu pela primeira vez algumas práticas que deveriam ser evitadas no parto normal com base em evidência científica, essas recomendações, estão listadas no quadro a seguir:

**Quadro 4 – Práticas prejudiciais ou ineficazes na realização do parto normal.**

<b>Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.</b>
---

Uso rotineiro do enema (lavagem intestinal).
--

Uso rotineiro da tricotomia (raspagem dos pelos no espaço público).
---

Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
---

Cateterização venosa profilática de rotina.
---

Uso rotineiro da posição supina (deitada) durante o trabalho de parto.
--

Exame retal.
--------------

Uso de pelvimetria por raios X (ou radiografia da pelve).

Administração de ocitócicos (ocitocina e derivados) antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.

Uso rotineiro da posição de litotomia (posição ginecológica, deitada com as pernas elevadas por apoios).

Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.

Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.

Uso de comprimidos orais de ergometrina (medicamento que provoca a contração do útero) no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.

Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto (expulsão da placenta).

Lavagem uterina rotineira após o parto.

Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.

Uso liberal ou rotineiro da episiotomia (corte na região vaginal).

Toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador.

Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.

Prática liberal de cesariana.

Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais.

Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

**Fonte:** Ministério da Saúde, 2001, p.188.

Mesmo com todo rigor científico, cânone no modelo assistencial tecnocrático, grande parte das rotinas obstétricas tem pouca justificção e algumas nenhuma evidência científica, a maioria das técnicas usadas pelos médicos no momento do parto nunca foram testadas com rigor, a exemplo, a realização de episiotomia (o corte realizado na região do períneo), que foi durante longos anos utilizadas rotineiramente e indevidamente sem estar fundamentada em estudos científicos aprofundados (DINIZ et al. 2006). Os estudos realizados por Carvalho et al. (2010) demonstraram que o uso de episiotomia causa prejuízos para a saúde da mulher, logo seu uso rotineiro é contraindicado, sendo recomendável apenas em casos com indicações

específicas, por isso o uso rotineiro de episiotomia<sup>21</sup> no Brasil é interpretado como uma violência obstétrica na forma de violência física.

A violência obstétrica tem sido uma das expressões da violência contra mulher reconhecidamente existente no Brasil e no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS), agência da Organização das Nações Unidas (ONU) responsável por temas relacionados à saúde da população mundial, em 2014, se pronunciou publicando em seis idiomas uma declaração acerca da violência obstétrica em que consta o seguinte:

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.

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 (OMS, 2014, p. 1).

A partir do exposto na declaração da OMS, se pode afirmar sob a perspectiva de gênero que a violência obstétrica ocorrida no parto é considerada fruto das desigualdades existentes nas relações de gênero, caracterizada pela violação aos direitos humanos das mulheres. “As relações desiguais de gênero postas na sociedade são construídas a partir de determinados papéis sociais discriminatórios impostos a homens e mulheres e transmitidos pelo processo de socialização de cada indivíduo culminando na discriminação, no preconceito e nas diversas formas da violência contra a mulher” (OSTERINE e SILVEIRA, 2012, p.103).

Na realidade brasileira sua tipificação está fundamentada no documento elaborado pela Rede Parto do Princípio denominado Dossiê da Violência Obstétrica Parirás com Dor, enviado à CPMI da Violência contra as Mulheres do Senado Federal, este documento define os atos caracterizadores da violência obstétrica ocorridos no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde de instituições públicas e privadas.

---

<sup>21</sup> É uma intervenção obstétrica em que é feito o corte no períneo para aumentar o canal vaginal na hora do parto.

De acordo com a tipificação, a violência obstétrica pode ser caracterizada por atos de caráter físico, verbal, moral, psicológico, sexual, institucional, material e midiático, explicadas no quadro a seguir:

**Quadro 5 - Práticas prejudiciais e motivos associados.**

<b>TIPOS DE VIOLÊNCIA</b>	<b>MOTIVO</b>
Violência Física	Ações ou omissões que incidem sobre o corpo da mulher, causando-lhe dor ou algum dano físico (de grau leve a intenso), a partir de práticas sem recomendações baseadas em evidências científicas; Exemplos: privação de alimentos, manobra de Kristeller, cesariana sem indicação clínica, realização de episiotomia sem o uso de anestesia.
Violência Verbal/Moral	Ações verbais com objetivo de ofender, humilhar, constranger, difamar, caluniar e xingar a mulher e sua família. Exemplos: grosserias, humilhações, ofensas, calúnia, chacotas, constrangimentos.
Violência Psicológica	Se refere às ações verbais ou comportamentais que causem na mulher sentimentos de inferioridade, abandono, instabilidade emocional, medo, alienação, insegurança e culpa. Exemplos: ameaças, mentiras, piadas, humilhações, frases abusivas e humilhantes, ofensas, omissão de informações, desrespeito ao seu corpo e sua integridade psicológica.
Violência Institucional	Refere-se às ações, práticas rotineiramente institucionalizadas que impedem, retardem ou dificultem o acesso da mulher aos seus direitos instituídos, consolidados em práticas ou serviços de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, privação de acompanhante e protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.
Violência Sexual	Diz respeito às ações impostas às vítimas que violam sua intimidade ou pudor recaindo sobre o seu senso de integridade sexual e reprodutiva, ou ações controladoras da sexualidade da mulher. Exemplos: episiotomia, assédio e exames de toque invasivos, constantes ou agressivos.
Violência Financeira ou Material	São ações diretas ou indiretas com o intuito de obter recursos financeiros das mulheres de forma a violar direitos já garantidos legalmente, para benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.
	Refere-se às práticas por parte dos profissionais através dos meios de comunicação à fim de violar psicologicamente mulheres em seu processo gravídico-puerperal, por meio de

Violência de caráter midiático

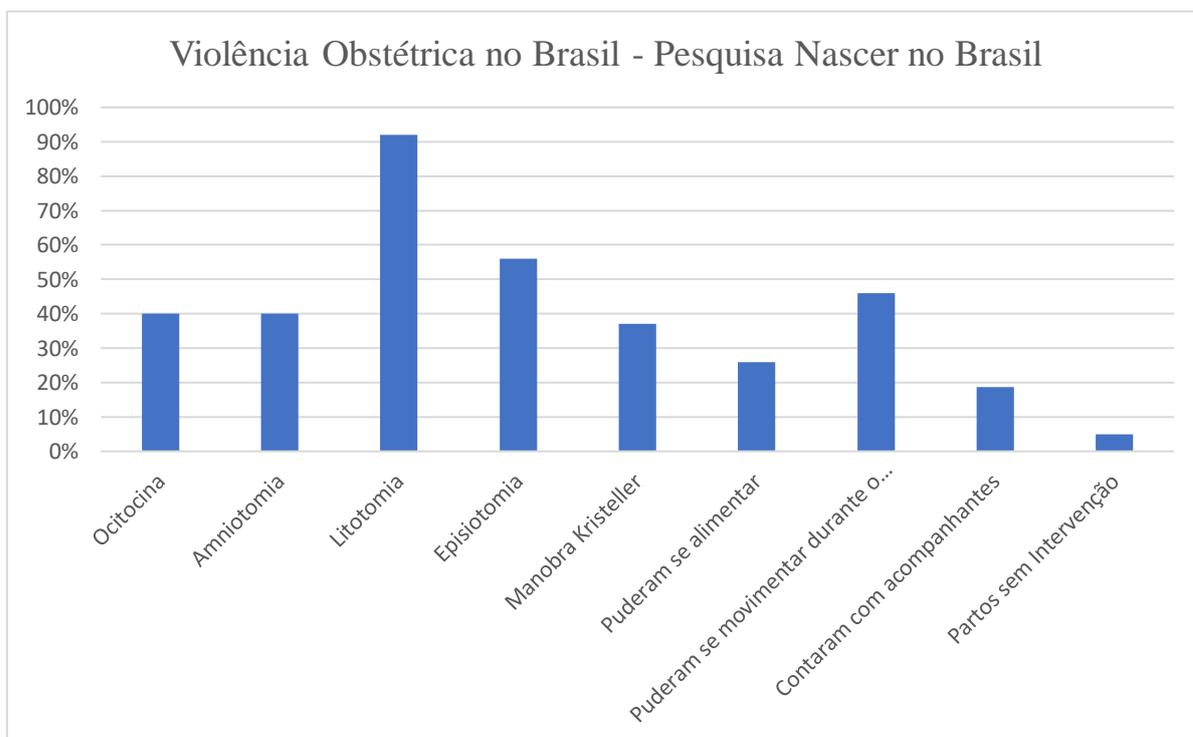
ações que denigrem seus direitos por meio de imagens, mensagens ou outro meio difundidos publicamente. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, incentivo ao desmame precoce.

**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora com base nos estudos de CIELLO et. al, 2012.

Para Mariani e Neto (2016, p.50) “a violência infligida nos corpos femininos gera o trauma à experiência individual, essa violência fere categorias universais de direitos humanos como: igualdade, dignidade, respeito, justiça e valor da pessoa humana”.

A partir dessa conceituação, se faz necessário comprovar a existência desses tipos de violência por meio de dados empíricos, sendo assim encontramos no Brasil, a pesquisa de destaque nacional conhecida como *Nascer no Brasil* realizada pela FIOCRUZ, no período de 2011 a 2012, contemplou uma amostra significativa dos partos hospitalares realizados em todo país, envolvendo 226 maternidades públicas e privada com 500 ou mais partos anuais em 191 municípios que alcançou mais de 23 mil mulheres, dentre os principais resultados obtidos constam os diversos tipos de violência obstétrica praticados no modelo assistencial tecnocrático:

**Gráfico 3 – Violência Obstétrica no Brasil – Pesquisa Nascer no Brasil.**



**Fonte:** Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2011.

Em face a esses tipos de violência obstétrica, existem recomendações que estabelecem que esses procedimentos devem ser evitados, a primeira delas foi publicada em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através de um guia denominado Assistência ao parto normal: um guia prático, apresentando as classificações das intervenções e os motivos associados para o qual sejam evitados, como demonstra o seguinte quadro:

**Quadro 6 - Práticas prejudiciais e motivos associados.**

<b>PRÁTICAS PREJUDICIAIS</b>	<b>MOTIVO</b>
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto/ Cateterização venosa profilática de rotina.	Diminui a mobilidade, “prende” a parturiente ao leito. Aumenta desconforto. Solução glicosada pode aumentar a possibilidade de hipoglicemia neonatal.
Uso indiscriminado de ocitocina.	Pode levar a um aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal. Ocitocina isoladamente não diminui a possibilidade de cesariana em mulheres com analgesia peridural.
Amniotomia para acelerar trabalho de parto.	Amniotomia isolada parece diminuir um pouco a duração do trabalho de parto, mas aumenta a possibilidade de cesariana.
Posição de litotomia (posição de exame ginecológico).	Posições verticalizadas reduzem o tempo de trabalho de parto e não estão associadas a aumento de intervenções ou efeitos negativos. São bem descritos os benefícios da posição verticalizada para mulher e o feto.
Episiotomia	Aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Seu uso rotineiro vem sendo constantemente desestimulado.
Manobra de Kristeller	Associada a lacerações perineais graves e internação em UTI neonatal para o bebê. Há recomendação de que seja evitada.
Restrição alimentar e hídrica.	Prolongada pode levar o desconforto da parturiente, há recomendação de que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto.

Restrição aos movimentos corporais.	Dificuldade de lidar com a dor. Aumenta a chance de necessidade de analgesia. Aumenta a chance de cesariana. Aumenta a duração do trabalho de parto.
Impedimento de acompanhante.	Presença de acompanhantes é altamente protetora contra todas as formas de violência durante a internação hospitalar.

**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora com base nos estudos de TESSER, KNOBEL, ANDREZZO, DINIZ. 2014.

Em 2018, pela segunda vez, essa mesma organização internacional publicou na língua espanhola e em outros idiomas, o documento intitulado *Recomendações da OMS sobre os Cuidados durante o Parto para uma Experiência de Parto Positiva*, os dados foram trabalhados em grupos e submetidos a avaliação de uma comissão externa onde a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia esteve representada, por conseguinte foram selecionados 56 cuidados considerados mais importantes os quais visam padronizar os cuidados na assistência ao parto mundialmente, com objetivo de reduzir as intervenções desnecessárias.

Para Andrade e Lima (2014, p.31),

o uso rotineiro de práticas já consideradas obsoletas pelas evidências atuais deve ser evitado. Apenas aquelas práticas validadas pela melhor evidência científica disponível devem ser adotadas, aliando a arte com a ciência, visando a um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções necessárias.

As práticas dessa nova Recomendação da OMS estão classificadas como: recomendadas, não recomendadas, recomendadas apenas em contextos específicos e recomendadas apenas em protocolos de pesquisa. Os resultados diferem muito pouco da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto, realizadas pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS). Mas, é notável que o foco principal da recomendação concentra-se no parto espontâneo, com mãe e feto saudáveis e parto eutócico<sup>22</sup>. No quadro a seguir elaborado pela Febrasgo (2018), estão resumidas as principais conclusões dessa nova evidência científica.

<sup>22</sup> O parto eutócico significa um parto normal, no qual não se verificam alterações em que se inicia e termina de forma espontânea, sem necessidade de intervenção médica. Neste tipo de parto, o feto encontra-se em posição fetal cefálica e flexionada e a sua saída é por via vaginal.

**Quadro 7 - Recomendações da OMS 2018 sobre os cuidados relacionados ao Parto.**

<b>Cuidados recomendados para todo processo de nascimento</b>	
<p>Cuidados de maternidade respeitosos (mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de maus tratos e possibilitando apoio a escolha informada). Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes. Garantia do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.</p>	
<b>Cuidados no primeiro estágio do trabalho de parto (TP)</b>	
<b>Recomendados</b>	<b>Não Recomendados</b>
<p>Usar as definições dos estágios de TP: primeiro estágio: latente (colo até 5 cm) e ativo (colo &gt; 5cm). A duração normal do primeiro estágio é controversa e variável para cada paciente (a fase ativa geralmente não se prolonga além de 12h em nulíparas e 10h em múltiparas). Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 15 a 30 min. Toque vaginal a cada quatro horas. São opções para o alívio da dor: analgesia peridural ou opioides parenterais (como fetanil, diamorfina e petidina), e as medidas não farmacológicas, como as técnicas de relaxamento massagens e compressas. Permitir a ingestão de líquidos e alimentos, pelas gestantes com baixo risco de necessitar de anestesia geral. Encorajar a movimentação e uma posição vertical.</p>	<p>Usar o critério da dilatação cervical inferior a 1 cm/h, durante a fase ativa, para identificar o risco de resultados diversos e/ou como critério isolado para indicar intervenções de rotina na fase latente. Realizar a pelvimetria clínica ou cardiotocografia de rotina na admissão e/ou contínuo durante o trabalho de parto em gestações saudáveis com trabalho de parto espontâneo. Tricotomia e enemas. Embrocção vaginal de rotina com antissépticos. Manejo ativo para prevenir um trabalho de parto prolongado (aminiotomia e/ou ocitocina). Ocitocina de rotina quando realizado analgesia de parto. Antiespasmódicos e/ou fluidos endovenosos para evitar atrasos no trabalho de parto.</p>
<b>Cuidados no segundo estágio de parto</b>	
<b>Recomendados</b>	<b>Não Recomendados</b>
<p>Considerar que a duração do segundo estágio pode ser variável, sendo que geralmente é inferior a duas em múltiparas e três em nulíparas. A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente em situações normais. Devemos orientar a paciente para realizar puxo (empurrar) apenas seguindo seu próprio impulso. Recomenda-se técnicas para reduzir o trauma perineal, como a massagem perineal, compressas quentes e a proteção perineal com as mãos. Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 5 min.</p>	<p>Uso rotineiro ou liberal de episiotomia. Pressão manual do fundo uterino.</p>
<b>Cuidados no terceiro estágio de parto</b>	
<b>Recomendados</b>	<b>Não Recomendados</b>
<p>Administração em todas as pacientes de ocitocina (10 UI,IM/IV). Se não estiver disponível,</p>	<p>Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina.</p>

recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometria, metilergometria ou misoprostol). Tração controlada do cordão. Retardar o clampeamento do cordão, senão houver contraindicação (por pelo menos 1 min).	
--	--

**Fonte:** Elaborado com base na Tradução Febrasgo, 2018.

A principal recomendação é para que as equipes médicas e de enfermagem reduzam as intervenções que promovem o aceleração do nascimento no trabalho de parto, exceto quando houver riscos de complicações (BRASIL, 2018).

Embora exista essas recomendações instituídas pela OMS, os atos violentos ainda são perpetrados nas maternidades e por vezes são desconhecidos pelas mulheres. Constatamos essa realidade na pesquisa de campo realizada com 10 mulheres assistidas no Instituto da Mulher, em que foi identificado o mínimo de conhecimento e até a inexistência de informação que as mulheres têm acerca da violência obstétrica, dentre as entrevistadas 07 responderam que nunca ouviram falar de violência obstétrica, e somente 03 mulheres afirmaram saber do que se tratava essa violência.

No que se refere ao entendimento da violência obstétrica, apenas duas entrevistadas, explicaram do que se tratava essa violência, a saber: “é quando a gente é maltratada no parto” (GIRASSOL, 19 anos, entrevista, 2018). Para Gérbera violência obstétrica é “quando eles forçam a ter parto normal, quando a mulher não pode, e eles querem obrigar a pessoa a ter” (GÉRBERA, 23 anos, entrevista, 2018). Como se nota o entendimento das entrevistadas são distintos e isto se dá porque a violência obstétrica possui conceituação ampla, diversa e categórica, ambas explicações fazem todo o sentido e o entendimento de Gérbera, expressa o castigo que é imposto de maneira implícita para as mulheres no momento do parto, justificado pela ideia de que é um momento de dor necessário que toda mulher precisa vivenciar.

No que diz respeito as intervenções desnecessárias e danosas que deveriam ser evitadas e até banidas no exercício profissional da assistência ao parto, encontramos no relato de uma entrevistada um tipo de violência obstétrica que carece análise, nesse relato verificamos:

meu parto foi muito difícil porque meu bebê escorregava, quando era para sair os médicos não conseguiam pegar, ele voltava aqui para cima da barriga, os médicos tiveram que fazer manobra de kristeller em mim, senão meu bebê ou eu morria. Eu estou bem, só meu bebê que não está, já estou internada aqui há 4 dias, os médicos fizeram muitos exames no bebê para ver isso na cabeça dele, mas não deu nada, mas eles me disseram que é sangue preso e que daqui a 7 dias espalha, daí eles vão me dar alta no domingo (GÉRBERA, 23 anos, entrevista, 2018).

A manobra de Kristeller, é uma técnica executada no corpo da mulher em posição de litotomia conhecida como posição ginecológica clássica, comumente utilizada nas maternidades a fim de facilitar a saída da criança. Essa manobra consiste no empurrão e pressão sobre o fundo uterino e bem abaixo da costela da parturiente realizado por algum profissional da equipe médica no momento do período expulsivo.

Destaque-se que a posição de litotomia (posição que a mulher fica deitada e em posição ginecológica) a qual foi realizado o parto consiste em uma prática prejudicial que deve ser evitada, pois segundo Rohde (2016, p. 12),

Essa posição é muito desconfortável e potencialmente prejudicial para a mãe e para o bebê, pois reduz a abertura pélvica, eleva o cóccix, dificultando a passagem do bebê; é contrária à força da gravidade; coloca maior pressão sobre o períneo, o que aumenta o risco de laceração e aumenta o número de episiotomias; comprime a veia cava, o que pode causar sensação de falta de ar, tontura e mal-estar, e pode prejudicar o aporte de oxigênio para o bebê, aumentando o risco de este entrar em sofrimento, o que pode acarretar em uma cesariana de emergência, ampliando os riscos de morbidade e mortalidade materna e fetal.

A manobra de Kristeller é considerada uma técnica ultrapassada e contraindicada pelo Ministério da Saúde, desde 2003, ao ser classificada como uma prática prejudicial que deve ser eliminada no parto normal, por possui grande riscos de sequelas e complicações de saúde para mãe. Em 2016, o Ministério da Saúde instituiu as Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e novamente contraindicou essa técnica, pois “não existem provas do benefício da manobra de Kristeller realizada no segundo período do parto e, além disso, existem algumas provas, ainda que escassas, de que tal manobra constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal” (CONITEC, 2016, p. 240).

No relato emblemático de Gérbera, foi possível verificar que a manobra realizada no corpo da parturiente, causou sofrimento para mãe e a criança em decorrência da sequela exposta no corpo da criança, vejamos:

**Figura 7** – Criança com sequela causada pela Manobra Kristeller.



**Fonte:** Maria Raquel, Pesquisa de Campo, 2018.

A utilização da manobra kristeller provoca sequelas para a mãe e a criança. Conforme Tesser et al (2014) os riscos estão associados a lacerações perineais graves para mãe e internação em UTI neonatal para o bebê. No caso exposto pela nossa entrevistada, o bebê encontrava-se internado em um dos leitos da UTI neonatal do Instituto da Mulher Dona Lindu, ainda sem condições de obter alta em razão desse procedimento que afetou a sua cabeça. E a técnica poderia ter sido evitada durante o parto, se tivessem respeitado as recomendações presentes na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, pois o Ministério da Saúde além de contraindicar, estabeleceu a recomendação seguinte:

Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento. A manobra de kristeller não deve ser utilizada no segundo período do trabalho de parto (CONITEC, 2016, p. 241).

Essas recomendações contrariam o que foi dito à parturiente. A manobra de kristeller não salva a vida de mãe ou do bebê, ao contrário, ela é uma prática danosa que além de provocar grande chance de morte materna ou fetal, ela pode causar sequelas. As sequelas atingem o corpo da mãe, por meio de fratura de costelas e lesões nos órgãos como o fígado e o baço, assim como no corpo da criança através de lesões, fraturas ou manchas.

Existem outras possibilidades de tornar o parto menos interventivo possível com outros meios de prevenir a realização de manobra kristeller, técnica essa não recomendada no trabalho de parto, nem pelas duas recomendações da OMS de 1996 e 2018 e nem pela Diretriz de Atenção ao parto normal, criada pelo Ministério da Saúde em 2016 que, por sinal, o grupo multidisciplinar elaborador dessa diretriz foi formado por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas.

Outra forma de violência obstétrica averiguada na pesquisa de campo foi o uso da episiotomia. De acordo com o relato seguinte, “foi feito corte de episiotomia, disseram que o bebê era grande e tinham que cortar. Senti tanta dor durante o parto que nessa hora não senti a dor do corte, só queria saber de ter” (Hortênsia, 20 anos, entrevista, 2018). A episiotomia também conhecido como pique ou epsio é o corte realizado na vulva e na vagina com o uso de tesoura ou bisturi, consiste em um procedimento cirúrgico que ocorre no parto vaginal e tem

sido realizado rotineiramente nas maternidades públicas brasileiras (FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO, 2014).

Essa técnica também provoca riscos à saúde da mulher, dentre os principais estão o “aumento do risco de laceração perineal de terceiro e quartos graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal” (TESSER et al, 2014, p. 4). Seu uso rotineiro vem sendo constantemente desestimulado, tanto pelas duas recomendações da OMS, como pelo Ministério da Saúde (2016) que salientam não ser confiável realizar episiotomia rotineiramente durante o parto vaginal e espontâneo, pois não existe evidência de um efeito benéfico. Caso o procedimento seja usado recomenda-se utilizar analgesia antes do procedimento, o que nem sempre tem ocorrido no Brasil.

Outro tipo de violência obstétrica descrito por duas mulheres assistidas durante o parto no Instituto da Mulher, foi a realização de toques excessivos, a saber: “peguei uns 6 exames de toque porque meu útero só ficava fechado e não abria” (Flor de Laranjeira, 20 anos, entrevista, 2018). Bromélia (31 anos) relatou o seguinte: “recebi muitos exames de toque com a justificativa que não dilatava” (entrevista, 2018).

Quando se trata de parto, a reclamação mais comum são a quantidade de exames de toques, essa é a prática mais conhecida e reclamadas pelas mulheres, como podemos verificar nos relatos citados. A recomendação do Ministério da Saúde presente na Diretriz nacional sobre assistência ao parto normal, consiste em “realizar exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais)” (CONITEC, 2016, p. 216).

Além dos tipos de violência obstétrica de caráter físico e sexual descritos, na pesquisa de campo foi constatado por alguns relatos a prática de violência simbólica e moral. A violência simbólica está interligada à lógica patriarcal e não consiste em uma violência explícita, por esse motivo, é difícil de ser identificada pelos sujeitos de forma clara, diz respeito a uma violência que se expressa de forma subjetiva nas relações de gênero e está associada a uma expressão do patriarcado considerada dominação masculina.

Bourdieu (2011) retrata a dominação masculina sob a perspectiva simbólica. Nessa relação o dominado nem sempre se opõe ao dominante, porque não se percebe enquanto vítima e dominado dentro dessa relação, ao contrário, o dominado considera a situação normal e naturalizada. Conforme este autor, “a violência simbólica é uma forma de poder que se exerce

sobre os corpos, e como por magia [...], mas essa magia só atua com apoio de predisposições colocadas, na zona mais profunda dos corpos” (BOURDIEU, 2011, p. 50).

Significa dizer que a violência simbólica emana da dominação masculina e está impregnada no pensamento e linguagem dos sujeitos constituindo-se em sua visão de mundo. Essa visão é constituída pela reprodução de costumes, crenças e valores, sustentados pelos meios simbólicos como a imposição das ideias de ordem religiosa e midiática, que constituem a moral das sociedades.

#### **2.4 O trabalho da equipe multiprofissional na interface com a humanização do parto**

Os profissionais de saúde possuem crucial relevância para a assistência à saúde da mulher e da criança, e para que a humanização do parto e nascimento seja executada. A equipe de profissionais da saúde do Instituto da Mulher Dona Lindu é formada por Médico com especialidade em obstetrícia, ginecologia, mastologia e pediatria, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Psicólogo e Nutricionista, cada profissional detém conhecimentos, possui atribuições e competências inerentes a própria formação profissional. Cada um desses profissionais possui saberes técnicos peculiares adquiridos na formação profissional, e esses saberes fazem parte da qualidade do atendimento e da assistência prestada à mulher e a criança no momento do parto.

Dentro dessa dimensão profissional, há o médico obstetra que é o profissional formado em medicina e que faz residência em ginecologia e obstetrícia, que possui saberes técnicos sobre a reprodução feminina e desenvolvimento do feto nos aspectos fisiológicos e patológicos, além disso é considerado o profissional responsável por prestar assistência à mulher, por meio do acompanhamento em todo o processo do nascimento, desde a concepção até o puerpério (FEBRASGO, 2018b).

Embora seja permitido a outros profissionais habilitados a prestarem assistência ao parto normal como os enfermeiros obstetras e obstetrizes, o médico obstetra é o profissional que atua com mais frequência na assistência a mulher no momento do parto no Brasil. No Instituto da Mulher existem profissionais enfermeiros obstetras que auxiliam, apoiam, mas o profissional principal na cena do parto ainda é o médico obstetra. O trabalho do enfermeiro obstetra é focalizado em “acompanhar a evolução do trabalho de parto, executá-lo e realizar educação em saúde. Esses profissionais podem assistir os partos de risco habitual e, em casos de

intercorrências podem realizar o encaminhamento para a equipe médica” (PAIVA; ASSIS, 2018, p. 1).

Existe também na equipe multiprofissional o Psicólogo que é o profissional que busca “compreender o homem e o seu comportamento, para facilitar a convivência consigo próprio e com o outro” (TELES, 2003, p. 9). E a Assistente social é a profissional graduado/a em serviço social, com registro em seu conselho profissional, considerado o técnico que opera na mediação do capital/trabalho em face dos conflitos sociais. Possui em sua prática profissional um arcabouço teórico, metodológico, ético e político e em consonância com o atual código de ética dos assistentes sociais, o de 1993, tem seu posicionamento embasado na perspectiva da ética humanística de “defesa intransigente dos direitos e na democratização das informações”. Este profissional em sua prática intervém na defesa, garantia e viabilização dos direitos humanos e sociais (VASCONCELOS, 2009, p. 264). Essa perspectiva é inspirada no seu projeto ético-político profissional cujo escopo assenta-se a busca da emancipação social e a erradicação da abjeta pobreza.

No que tange à humanização na assistência ao parto, deve-se considerar que a garantia de uma atenção humanizada nos serviços de saúde, sobretudo em maternidades, exige um trabalho em equipe multiprofissional para além do trabalho oferecido por profissionais da área da enfermagem e medicina. A equipe multiprofissional em saúde é “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.” (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Na pesquisa realizada na maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu, participamos de algumas reuniões com a equipe multiprofissional momento em que a equipe traçava estratégias de trabalho para envolver a mulher gestante com os serviços de vinculação da maternidade. A equipe planejou até mesmo a realização de visitas nas UBS’s pertencente a cobertura de assistência da maternidade, com o objetivo de oferecer um suporte a esse trabalho, fazendo assim a articulação dos serviços em rede. Outro assunto discutido foi a prevenção da violência obstétrica na maternidade.

Na pesquisa de campo entrevistamos a amostra de 01 Médico, 01 Enfermeiro, 01 Assistente Social e 01 Psicólogo. No que tange a violência obstétrica é conspícuo nas falas dos profissionais o conhecimento sobre o conceito de violência obstétrica, como pode ser visto:

## Quadro 8 – Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica

Profissionais	Discursos
Assistente Social (Cristal)	São atos de violência física, psicológica e cultural, que se expressam antes do parto, durante o parto e depois do parto. (Cristal, 66 anos, entrevista, 2019).
Enfermeiro (Opala)	Tudo aquilo que não é necessário, tudo o que não é preconizado. Tudo o que não pode ser feito no corpo da mulher no seu período gravídico. A violência obstétrica também passa por uma ambiência, a ambiência também é uma produtora de violência. (Opala, 51 anos, entrevista, 2019).
Médico Obstetra (Ônix)	Ações feitas por parte da equipe multiprofissional que tendem a violentar psicologicamente e fisicamente a parturiente com várias formas possíveis inclusive por ações que não tem consentimento dela como procedimentos, agressões, palavras violentas que ferem a dignidade da parturiente durante o trabalho de parto. (Ônix, 25 anos, entrevista, 2019).
Psicólogo (Turmalina)	Toda uma dinâmica não apenas profissional, mais também institucional no sentido de não respeitar a mulher grávida no momento do seu transcurso de parto. Envolve uma série de posturas inadequadas por parte dos profissionais da equipe da instituição no sentido de constranger de desrespeitar de desvalorizar o sentimento a opinião e a dor que a paciente enfrenta por ocasião do seu parto. (Turmalina, 45 anos, entrevista, 2019).

**Fonte:** Elaborado por Maria Raquel Silva, Pesquisa de Campo, 2019.

Nas falas dos profissionais de saúde aparece o conceito de violência obstétrica como atos causadores de sofrimento, desrespeito e constrangimento. Sobre os tipos de violência obstétrica mais citados nas conceituações identificamos: violência física, psicológica e até cultural.

Neste conjunto de fala verificamos definições aprofundadas em que é notável a percepção crítica dos profissionais referente a causa da violência obstétrica, ao destacarem que a violência pode ser produzida tanto pelos profissionais, quanto pela própria instituição ou ambiência. Para a gerência da Rede Cegonha, representante da SUSAM no Comitê de enfrentamento a violência obstétrica, não se trata de condições de infraestrutura ou ambiência. Vejamos:

Nunca há recurso público suficiente na saúde pública, sempre falta. Mas recursos não é suficiente pra justificar as práticas se a gente for vincular isso a violência obstétrica.

Nenhuma denúncia de nenhuma mulher dizia a respeito a ambiência, todas elas diziam a respeito do processo de trabalho.

Então assim, se a gente for comparar a estrutura física das nossas maternidades, com exceção de uma que é municipal, com as outras do resto do Brasil nós não temos uma estrutura ruim. Mas se a gente tem 53% de taxa de cesariana a gente obrigatoriamente tem uma superlotação nas maternidades, porque num parto normal se dá alta pra uma mulher em 24 horas, enquanto numa cesariana em 72 ou 96 horas, então a taxa de permanência é muito alta por causa do parto mesmo e da compreensão dos profissionais de saúde em relação ao processo de alta por exemplo. A gente tem Centro de parto normal que vai ser inaugurado agora com banheiras, então não dá pra falar que é ambiência, mas dá pra falar que o processo de trabalho faz com que a ambiência seja insuficiente, com que o número de leitos seja insuficiente. Esses leitos são calculados pra uma taxa de permanência, duas vezes menor do que é feita e aí as maternidades ficam cheia de gente. Fora isso tem a mulher que é internada pra fazer abortamento e fica sendo postergada, porque há uma dificuldade imensa de deixar de fazer curetagem e utilizar outro procedimento que é o Amiu que é a aspiração manual intrauterina que é mais rápido pra mulher, melhor pra mulher, então há uma série de resistências nas mudanças de práticas que acabam fazendo parecer que a gente tem problemas de estrutura, então não é problema de recursos. (Gerente da Rede cegonha, entrevista, 2019)

Quando se trata de violência obstétrica a falta de recursos e conseqüentemente problemas de infraestrutura não são suficientes para justificar práticas que são opostas a humanização do parto, no entanto, também não nega que na realidade da saúde local não falta nada, mas enfatiza as últimas providências que tem sido tomadas para melhoria e ampliação de condições que favorecem a realização do parto humanizado no cenário local.

Quanto as mudanças de práticas na realização da curetagem apontada pela entrevistada, no estudo de McCallun; Menezes e Reis (2016, p. 43) constatamos:

Para o esvaziamento uterino, a curetagem é o método de escolha em quase todos os casos, em detrimento da aspiração manual intrauterina (Amiu), considerada mais adequada por ser um procedimento menos invasivo, proporcionando recuperação mais rápida e menos efeitos colaterais. A Amiu não requer anestesia, como ocorre na curetagem, mas analgesia local.

Conforme as autoras McCallun e Reis (2016) a resistência dos profissionais em adotar essa nova prática é imposta por alguns profissionais, porque essa técnica quando comparada ao procedimento de curetagem é mais trabalhosa e exige mais atenção.

Ao pontuarmos na entrevista com a representante da SUSAM, os desmontes das políticas pública nos últimos anos, a redução de gastos oriundo das medidas de austeridade fiscal do governo a nível nacional que poderia incidir na realidade da saúde pública local e simultaneamente na ambiência da maternidade, obtivemos a seguinte resposta:

Só que o desmonte de políticas públicas é do último ano pra cá, só que essa impressão de que falta recurso e não tem dinheiro o tempo todo, não é verdadeira. Eu não sei o quê que falta pra alguém não fazer uma episiotomia em uma mulher? O quê que falta? eu não sei o quê que falta. O quê que falta pra não oferecer líquido pra uma mulher durante o trabalho de parto, eu não sei o quê que falta? O quê que falta pra perguntar pra uma mulher se ela quer ficar de cócoras pra ganhar neném, ou se ela quer mudar de posição? Qual é o insumo, o quê que está faltando, senão uma tecnologia relacional? Eu não consigo compreender o quê que está faltando. Agora não estou te dizendo que eu não vivo no melhor dos mundos e não falta nada. Mas se a gente conseguisse mudar o modelo de assistência, a gente conseguiria resolver mais de 80% dos problemas. (Representante da Rede cegonha, entrevista, 2019).

Em sua fala identificamos que a causa da violência obstétrica está muito mais associada as práticas não recomendáveis pela OMS e pelo Ministério da Saúde realizadas pela equipe médica na assistência ao parto no modelo assistencial tecnocrático vigente, do que na falta de recursos ou problemas na infraestrutura da maternidade. Interpretamos em sua fala que o problema maior está relacionado a resistência dos profissionais em aderirem as boas práticas para que o atendimento humanizado seja executado. Na fala também conseguimos identificar o elemento chave que ajudaria a solucionar o problema, refere-se ao modelo de assistência ao parto, pois o modelo de assistência tecnocrática vigente não é o mesmo que as mulheres necessitam e nem o que as ativistas almejam. Sobre isso Andrade e Lima (2014, p. 42) afirma o “modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos, introduz abordagem crítica e revisão das práticas de cuidado, necessárias à redução da morbimortalidade materna e infantil por meio de assistência ao parto e ao nascimento segura e humanizada”.

No que tange ao trabalho realizado sobre a violência obstétrica no Instituto da Mulher, foi unânime, a resposta entre os profissionais que o trabalho principal desenvolvido pela equipe multiprofissional na maternidade é o Apice On<sup>23</sup>, estando perceptível na fala do enfermeiro: “na maternidade tem o Apice On que é um trabalho interprofissional que complementa a rede cegonha, que faz o elo entre a academia e o serviço, e no Apice on é falado sobre V.O” (Opala, 51 anos, entrevista, 2019). Para Amorim (1979, p. 360) “o enfermeiro é um profissional que tem uma função específica na equipe de saúde, trazendo-lhe, ao mesmo tempo uma competência de alto nível e uma observância acentuada ao aspecto humanístico do hospital”.

O Projeto Apice On, que significa Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, é um projeto de ação do Ministério da Saúde em parceria com a

---

<sup>23</sup> Apice On é o projeto do Ministério da Saúde que tem como escopo a educação em saúde, focalizando suas ações na capacitação e qualificação de profissionais da saúde que trabalham na assistência ao parto e nascimento.

EBSERH, ABRAHUE, MEC e IFF/FIOCRUZ, que tem como instituição executora a Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG. O projeto Apice On, contempla uma rede de hospitais brasileiros que funcionam como uma unidade auxiliar de ensino no âmbito da Rede Cegonha, esse projeto propõe a qualificação aos profissionais nos campos da atenção e cuidado ao parto e nascimento, às mulheres em situação de violência sexual, de abortamento e aborto legal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Uma das finalidades do projeto é “contribuir com a implementação de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização, disponibilizando um conjunto de práticas formativas de atenção e de gestão capaz de produzir impacto em toda a rede de serviços” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 7).

No que tange ao aspecto humanização, averiguamos que o Projeto Apice On é um projeto inovador no âmbito da assistência a mulheres no momento do parto, seu objetivo é promover movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto as instituições (os hospitais de ensino e as instituições formadoras), uma vez que é nesse espaço em que se consolida a incorporação dos modelos assistenciais, bem como as práticas e aprendizados adquiridos na formação profissional.

A relevância do Projeto Apice On também é estimada no Instituto da Mulher Dona Lindu, como identificamos na entrevista com os profissionais da maternidade, ao perguntarmos se há algum trabalho sobre violência obstétrica no Instituto da Mulher, sobretudo a resposta da Assistente Social foi a mais esclarecedora. Vejamos:

Tem. É assim nós temos um plano de metas e resultados, que é o Apice on, e dentre esse plano, nós temos uma área do plano que é exatamente pela humanização do parto e dentro dessa dimensão da humanização do parto, temos a redução das episiotomias, redução e erradicação desses atos de violência obstétrica, episiotomia, manobra de kristeller, a própria laceração, as cesáreas desnecessárias e também outras formas não litotômicas de parto, no caso do parto natural (Cristal, 66 anos, entrevista, 2018).

De acordo com Gayeski; Brüggemann (2009) na maioria das civilizações o parto era realizado com a parturiente em posição vertical. Todavia, a partir do século XVI, com a medicalização do parto, a posição litotômica (ou posição ginecológica) foi incorporada e tornou-se mais aceitável para os procedimentos médicos e tecnológicos e inclusive foi adotada para o momento do parto e nascimento, porém essa posição assim como outros procedimentos mencionados nessa pesquisa foram adotados sem avaliação de efetividade ou segurança.

A OMS em sua Recomendação de 2018, recomenda o incentivo a mobilidade da mulher e que se deve “adotar uma posição vertical durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco” (OMS, 2018, p. 6). A justificativa para essa recomendação centra-se na ideia que a mulher deve escolher “a posição que melhor lhe convier, seja deambulando ou outras posições verticais, que não oferece maior risco, mas proporciona menor duração do trabalho de parto e diminui a necessidade de analgesia” (ANDRADE; LIMA, 2014, p.37).

No que diz respeito a posição de parto, Gayeski; Brüggemann (2009, p.1) explicam que,

A posição vertical ou lateral, quando comparadas com as posições horizontais (de litotomia ou supina), reduz a duração do período expulsivo, a queixa de dor severa, o número de partos operatórios, a necessidade de episiotomia e as alterações no batimento cardíaco fetal. Entretanto, o uso dessa posição está relacionado ao aumento do número de lacerações perineais de segundo grau e perda sanguínea maior que 500 ml. Considerando os riscos e benefícios das diferentes posições, deve-se permitir que as mulheres tomem decisões informadas sobre as posições de parto e assumam aquela que desejarem.

As outras formas não litotômicas de parto natural, são práticas e procedimentos baseados no parto humanizado, como exemplo, parto de cócora, parto dentro d'água e parto no chuveiro, que permitem mais conforto, liberdade, autonomia à mulher e minimizam a possibilidade de violência na hora do parto.

Na observação realizada na maternidade verificamos que a iniciativa em torno dos cuidados baseados em evidências tem sido priorizada tanto pela direção da maternidade quanto pautadas nas reuniões da equipe multiprofissional, com destaque para o trabalho da Assistente Social que tem conduzido essas reuniões em equipe e contribuído com propostas para melhoria do serviço.

É relevante elucidar que o profissional de serviço social, o Assistente Social, integra o rol das profissões de saúde, sendo reconhecido principalmente pela legitimação social das ações profissionais, esse reconhecimento é decorrente do conceito ampliado de saúde instituído pela OMS em 1948 que contempla a dimensão social e simultaneamente a proteção social em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Para Bravo e Matos (2009) um dos motivos para ampliação do espaço de atuação profissional do assistente social na saúde encontra-se nesse novo conceito elaborado pela OMS, em que estão implícitos aspectos biopsicossociais, que associado ao agravamento das condições de saúde da população demanda a realização de trabalho multidisciplinar nos serviços de saúde.

No campo da saúde, existe a disputa entre os projetos público e privatista, no público especificamente é constituído pelos ideais de reforma sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ambos projetos exigem práticas profissionais diferenciadas dos assistentes sociais, enquanto o público requer que esse profissional busque a democratização, atendimento humanizado e interdisciplinaridade, o privatista solicita ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo, abordagens individuais e aconselhamento, este último projeto é em demasia incongruente com o atual código de ética do assistente social brasileiro (BRAVO; MATOS 2009).

Atinente a atuação do assistente social, Bravo; Matos (2009, p.213) enfatiza que o trabalho do assistente social “tem como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social”, é por meio desses projetos que é possível ter conhecimento se o profissional está respondendo as necessidades dos seus usuários com respostas qualificadas.

Na prática profissional da Assistente social entrevistada no Instituto da Mulher, percebemos uma prática condizente com a legislação da saúde e com as regulamentações que norteiam a profissão e o trabalho no campo da saúde. Destaque-se que o trabalho da assistente social junto a equipe multiprofissional, tem sido priorizado e executado com êxito como mencionado no discurso, a seguir:

A gente tem feito muito intensivamente capacitação de pessoal, enfermagem, médico, com pouquíssima participação, eles acham que sabe tudo né, enfermeiros, técnico em enfermagem, toda a equipe que participa desses momentos, sendo treinada, atualizada, a partir inclusive utilizando essas tecnologias novas, como a videoconferência a roda de conversa em serviço. Nós priorizamos lá no pré-parto, parto e pós-parto, o PPP que a gente chama, então a gente senta lá mesmo em serviço com as enfermeiras, chama a participação dos médicos, dos técnicos de enfermagem, do pediatra, pra gente poder fazer esse trabalho de humanização do parto, é óbvio que a gente começa com conversas porque eles não conseguem aceitar a terminologia violência obstétrica e eles lutam pra mudar essa terminologia. Então a gente tem um trabalho sim, rodas de conversa com a turma do (PPP), é como se fosse um Centro de Parto Normal (CPN) esse trabalho é feito de forma interprofissional, sempre realizado no coletivo (Cristal, 66 anos, entrevista, 2019).

Constatamos que a contribuição do Assistente Social no trabalho em equipe multiprofissional na saúde é de suma importância, pois conforme os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde, este profissional “dispõe de ângulos particulares de observação

na interpretação das condições de saúde do usuário e de uma competência também distinta para o encaminhamento das ações”, habilidades essas que o diferencia dos demais profissionais (CFESS, 2010, p. 46).

Entretanto, verificamos no discurso que nesse trabalho multiprofissional existem dificuldades imbrincadas à resistência de profissionais médicos advindo da não aceitação da terminologia violência obstétrica, como podemos observar na fala do profissional médico entrevistado, a seguir:

Eu não gosto desse termo violência obstétrica, eu preferia falar de violência institucional, porque assim a gente tem tanto orgulho né da formação que lutamos pra conquistar, porque tem muito haver não só com o médico ou enfermeiro obstetra, porque obstetrícia não é só uma especialização da medicina, mais da saúde, então assim quando você joga o termo violência obstétrica parece que só o médico e enfermeiro está cometendo esse tipo de violência, quando essa violência pode ser cometida por outra pessoa da equipe, desde a recepção, triagem, qualquer pessoa pode cometer essa violência contra a parturiente, a minha crítica com relação esse tema é essa, mas realmente existe, e que a gente tem que combater com certeza. (Médico, 25 anos, entrevista, 2019).

A palavra obstetrícia e obstetra tem origem latina, vem de “obstetrix que é derivada do verbo “obstare” que significa ficar ao lado. E esta é a função do obstetra, estar ao lado, acompanhando, observando não só o parto como todo evoluir da gestação” (Darze, 2019, p. 1). É nesse mesmo sentido que para OMS, a obstetrícia é reconhecida como a “força de trabalho em saúde necessária para apoiar e cuidar das mulheres e dos recém-nascidos, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, em especial a gestação, o parto e o cuidado pós-natal” (OMS, 2014, p. 2).

Embora haja essa dificuldade na aceitação da terminologia, como vimos nesse estudo o termo violência obstétrica é debatido e reconhecido internacionalmente, além disso a terminologia é ampla e não se restringe apenas ao profissional médico, aliás a conceituação nem indica qual tipo de profissional pode praticar violência obstétrica, mas o aspecto dessa afirmação que pode ser cometida por qualquer profissional de saúde é por se tratar de uma violência institucionalizada que pode ocorrer desde a recepção das unidades de saúde.

A resistência à nomenclatura, pode ocorrer por diversos fatores como os assinalados pelo entrevistado, mas há outros fatores que contribuem até para invisibilidade da violência como “a banalização das condutas baseadas em estereótipos de classe e gênero, jargões pejorativos usados como brincadeiras pelos profissionais; aceitação e banalização de práticas comprovadamente desnecessárias” (SANTOS, 2017, p. 73).

Em contraposição, a pesquisa realizada com as representantes das instituições que compõe o Comitê de enfrentamento a violência obstétrica apontou outro posicionamento, contraposto a aversão da equipe médica sobre a terminologia violência obstétrica, na fala da promotora de justiça, verificamos:

A gente passa a verificar uma violência contra os direitos da mulher, que a gente denomina de violência obstétrica que está relacionada a obstetrícia e não a medicina, isso a gente bate bastante porque não é uma violência do médico, na verdade o médico obstetra se afeta muito, justamente por se considerar o Ponto Central do parto quando na verdade a gente sabe que o movimento de humanização justamente visa colocar a mulher como protagonista daquele momento. Então assim a gente tem de fato uma questão que é histórica, de dificuldade de se compreender a mulher como sujeito de direitos naquele momento e como ponto principal do momento do parto. Eu acho que todas as violências no final das contas é uma confirmação disso, uma confirmação dessa negativa, dessa negativa da mulher como sujeito de direitos. (Representante do MPF, 31 anos, entrevista, 2019).

A resistência dos profissionais de saúde em aderir esta nomenclatura é uma realidade que acontece não somente no contexto local, mas também à nível nacional, que está atrelada a dois eixos, primeiramente a medicina como campo do conhecimento que tem como especialidade o termo obstetrícia, e segundo a supremacia do profissional médico, oriundo de seu reconhecimento histórico como o único responsável capaz de classificar, normatizar e tratar de questões referentes ao corpo feminino.

Esse último eixo está entrelaçado com o nascimento da medicina moderna como campo de conhecimento científico, em que a valorização do saber médico é entendida como uma estratégia da biopolítica (COSTA, *et al.*, 2006). Foucault (1979) pondera que o corpo é uma realidade biopolítica, a medicina é uma estratégia da biopolítica e o saber médico também representa uma espécie de saber poder privilegiado no espaço hospitalacêntrico.

Essa dificuldade que é a falta de participação dos profissionais médicos foi unânime na pesquisa com os profissionais do Instituto da Mulher, sendo ratificada na entrevista com o psicólogo visto na seguinte fala:

Existe uma não aceitação desse termo por parte dos médicos. Uma das dificuldades que nós temos é que parte da equipe discute isso, mas a equipe médica justificado por impossibilidades acaba não fazendo parte em sua grande maioria, um ou outro médico participa, quando eu digo um ou outro, não é expressão não, são pouquíssimos médicos que participam das reuniões. (Turmalina, 45 anos, entrevista, 2019).

No aprofundamento desse assunto tão persistente nos resultados, perguntamos se essas impossibilidades que eles justificam, estão associadas ao trabalho ou é derivado da não aceitação do termo? Obtivemos a seguinte resposta:

Eu particularmente entendo que é uma questão de vínculo empregatício, porque temos uma equipe de profissionais aqui que tem um vínculo, então existe o contrato de trabalho que é diferente do médico, o médico tem contrato de cooperativa, então de repente ele se vê como um acessório dentro da instituição, então se ele é um acessório ele não veste a camisa da instituição, significativamente a ponto de discutir esse tipo de situação. Porque assim essa ausência dele não é apenas sobre a violência obstétrica é sobre todas as temáticas de outros níveis, nas questões de promover um clima profissional diferenciado a equipe médica é sempre difícil de estar envolvida, então não é só com relação a violência obstétrica é com relação a toda dinâmica. (Turmalina, 45 anos, entrevista, 2019).

Essa situação parece estar vinculada ao corporativismo médico, o qual é criticado até mesmo pelo Conselho de Enfermagem na seguinte afirmação: “é lamentável que ainda tenhamos, no Brasil, corporações profissionais que se julgam capazes de resolver sozinhas os problemas de saúde da população brasileira” (COFEN, 2017, p. 1).

O Serviço Social, para Yamamoto (2009, p.181) “reproduz-se como uma especialização do trabalho por ser socialmente necessário: o agente profissional produz serviços que têm um valor de uso, porque atendem as necessidades sociais”. É assim que os usuários conhecem o trabalho do assistente social por intermédio da execução das políticas sociais por meio do usufruto dos serviços.

No tocante a humanização, a partir do marco regulatório para atuação do Assistente Social na Saúde, este profissional pode contribuir com o acesso às informações sobre os direitos, com orientações e ações socioeducativas, “participar do projeto de humanização na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade” e “planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito”, contribuindo dessa maneira para humanização da assistência ofertada as mulheres parturientes e aos recém-nascidos. (CFESS, 2010, p. 54).

Sobre as ações planejadas e desenvolvidas pela assistente social na interface com a humanização, verificamos as seguintes:

#### **Quadro 9 – Ações planejadas e realizadas pelo Serviço Social da Maternidade**

As rodas de conversas, principalmente nos setores mais críticos, eu diria onde acontece mais as violências que é no PPP quando a mulher sobe com a indicação de parto normal, e também acontece as rodas de conversa realizada diariamente as 11h da manhã com as usuárias em processo de alta.
Também fazemos rodas de conversa na admissão onde as mulheres ficam em observação, na admissão agente tem trabalhado de forma interprofissional.
Grupo de vinculação, trabalho realizado com o grupo com as mulheres grávidas que estão em processo de vinculação com a maternidade.
A divulgação do assunto violência obstétrica para as mulheres na maternidade ocorreu através dos Folder's que tínhamos sobre a violência obstétrica.

**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora, Pesquisa de Campo, 2019.

Observamos que a prática profissional da assistente social, tem sido uma prática crítica, propositiva condizente com o projeto ético político profissional, com os princípios do código de ética profissional e de acordo com o que dispõe os parâmetros para atuação do assistente social na saúde, o que é significativo tanto para prática profissional do assistente social no campo da saúde quanto para a própria profissão, pois identificamos que a profissional não somente reconhece a violência obstétrica como violação de direitos, mas também intervém propositivamente em seu campo de atuação profissional, junto as mulheres usuárias dos serviços da maternidade, e também em articulação com a equipe multiprofissional.

Conforme os parâmetros para atuação do assistente social na saúde, realizar uma prática competente e crítica do serviço social no campo da saúde consiste, entre outros aspectos, “buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde” (CFESS, 2010, p. 30).

Salienta-se que o Apice on tem sido o projeto de maior relevância para o conhecimento ou reconhecimento da violência obstétrica, bem como para promoção de conhecimentos baseado nos direitos humanos das usuárias assistidas na maternidade, conforme identificamos no seguinte discurso:

O Apice on realizou ano passado dois encontros, um foi com a advogada da OAB que trabalhou com todo corpo técnico da maternidade, o tema da violência obstétrica na ótica da lei, em que verificamos a criminalização das atitudes que podem ser caracterizadas violência obstétrica. Tivemos também um seminário sobre diversidade cultural e étnica promovido pela própria maternidade, trouxemos o pessoal das universidades para palestrar, participaram todos os profissionais (Cristal, 66 anos, entrevista, 2019).

Na área da saúde, o marco regulatório que regulamenta a prática profissional nesse âmbito, preconiza que é importante considerar a dimensão da diversidade, pois “os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que revelam o modo de constituir a individualidade em sua relação com a sociabilidade” (CFESS, 2010, p. 30).

Ousamos afirmar que a realização dos seminários em que discutiram a violência obstétrica e a diversidade cultural e étnica foi um marco na história do Instituto da Mulher Dona Lindu, pois o peso científico desses temas são fundamentais para pôr em destaque o respeito aos direitos humanos, estimulando a atenção para que as práticas profissionais não estejam e não sejam vinculadas a violação dos direitos humanos e para que não sejam reproduzidas no espaço institucional práticas abusivas que representam discriminações étnicas raciais e até de classe social, foi por meio dessa ação que é possível perceber e compreender a evolução do Projeto Apice On nesta maternidade mesmo em que processo de crescimento.

No que se refere aos direitos da mulher gestante, identificamos na fala da profissional que a maternidade tem cumprido com o disposto no inciso III do Art.2º da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, considerando que “toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto”. Vejamos:

Também acontece na maternidade o grupo de vinculação, que é o grupo com as mulheres grávidas que estão em processo de vinculação com a maternidade. O que é isso? São 17 unidades básicas de saúde que fazem parte desse território, e a maternidade de referência é a Lindu, aí essas mulheres são referenciadas pelas unidades pra virem antes do parto, conhecer a maternidade, os serviços que a maternidade dispõe. Então a gente faz a visitação com as mulheres e no final a gente tem um grupo pra explicar missão, valores da maternidade, quem quer agendar consultas ou orientações com o serviço social, com a psicologia, com a nutrição e aí é esperar evidentemente que elas venham para o parto. E nesse encontro é falado sobre violência obstétrica, é um trabalho também intersetorial, participa enfermagem, participa médico, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e nutricionistas todos trabalhando com essas mulheres (Cristal, 66 anos, entrevista, 2019).

Esse trabalho de vinculação realizado tanto pela assistente social, quanto pelos demais profissionais da equipe multiprofissional na maternidade, também está preconizado na alínea e) do art.7º da Rede cegonha sobre “o direito a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto”, a imagem abaixo comprova a execução do serviço e participação das gestantes na reuniões de vinculação com a maternidade durante o período pré-natal.

**Figura 8** – Grupo de Vinculação das gestantes com a Maternidade



**Fonte:** Maria Raquel Silva, Pesquisa de Campo, 2019.

Concernente ao trabalho da assistente social com o público feminino, Gama (2004, p. 84-85), afirma que “uma perspectiva de gênero também é propositiva no sentido de sugerir modelos de mudança cultural que destruam as iniquidades, operacionalizados por meio de políticas, programas, planos que facilitam ou abram espaço ao empoderamento das mulheres”.

Destaque-se que durante a participação na reunião da equipe multiprofissional na maternidade, verificamos a preocupação dos profissionais com a baixa participação das mulheres nas reuniões de vinculação e também o empenho em traçar estratégias para visitação nas UBS’s vinculadas a maternidade, com a finalidade de reiterar o convite às gestantes e identificar as dificuldades e articular uma possível solução para prestação desse serviço. Sobre essa ação profissional, Vasconcelos (2009, p. 259) pondera que “identificar e priorizar as necessidades sociais da saúde e demandas dos usuários para além das demandas espontâneas” deve ser uma prática utilizada por profissionais e equipes no campo do acesso aos direitos sociais.

A despeito de algumas ações geradoras de mudanças significantes na prática profissional da assistente social na maternidade, constatamos no discurso a seguir:

Uma coisa que me salta os olhos hoje é pela luta da gente, porque eles colocam dificuldade pra tudo, por exemplo quando cheguei aqui na maternidade para trabalhar, eu fiquei surpresa de ver quando os bebês saíram do centro cirúrgico com a mãe, ao invés de virem no braço da mãe, vinham entre as pernas da mãe, eu digo isso é uma coisa horrorosa, aí reunião, debate e vai e volta, fiscaliza, não era, disseram a gente

coloca aí porque a maca não tem proteção do lado e as vezes a mãe ainda está grog da anestesia e as vezes o neném pode cair do braço, eu digo não ela não toma uma anestesia pra ficar cedada, ela toma uma peridural (da perna pra baixo) eu sei que agora eles estão colocando os bebês no braço da mãe, claro tem uma grade de proteção na verdade sempre teve o problema que não faziam o uso da grade, então são alguns indicadores que você vai percebendo que as coisas estão mudando. (Cristal, 66 anos entrevista, 2019).

Concernente a prática profissional, em aquiescência com Faleiros (1997, p.30), não basta somente o profissional ter o olhar crítico sobre as múltiplas expressões da questão social, pois somente essa habilidade não modifica a dinâmica institucional, por isso “são necessárias uma nova correlação de forças e uma estratégia capaz de implementar a mudança”. Em congruência com essa teoria, na assistência às mulheres na maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu, a prática profissional da assistente social tem sido potencializadora de mudanças na dinâmica do processo de trabalho, sem incidir a uma prática profissional nem fatalista e nem messiânica.

Na fala da profissional constatamos que a partir do questionamento da assistente social os profissionais atentaram-se para o cuidado de manter a criança sob o contato com o colo da mãe, mudança essa que possui elevada significância na rotina do trabalho na maternidade, pois consiste em uma prática humanizante em que os destinatários da ação são mulher e criança.

Entretanto, é preciso reconhecer que todo o trabalho para atenuar a reincidência de casos de violência obstétrica na maternidade e para a execução da melhoria na qualidade da assistência prestada à mulheres e crianças, não depende apenas ou exclusivamente do trabalho do serviço social na maternidade, pois entendemos que só é possível, ao menos minimizar, em específico os casos de violência obstétrica, por meio do trabalho coletivo realizado pela equipe multiprofissional da maternidade. Sobre isso, Faleiros (2011, p. 57) complementa que “a intervenção profissional tem seus limites pessoais e decorrentes da própria estrutura institucional em que se articulam as estratégias de intervenção”, nesse aspecto está envolvido o limite do saber técnico do assistente social na execução das ações que visam minimizar os casos de violência obstétrica.

A partir dessa premissa, buscamos identificar quais foram as principais ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional e constatamos as seguintes:

### Quadro 10 – Principais ações realizadas pela equipe multiprofissional.

<b>Profissionais</b>	<b>Discursos</b>
Assistente Social	Capacitação em equipe multiprofissional sobre as atualizações. E essas são ações que estão planejadas no plano do Apice on, são ações realizadas tanto com os profissionais, quanto com as usuárias.
Enfermeiro	Temos os Apice on, acontece reuniões semanais onde é discutido as condutas profissionais, nessa reunião cada profissional é convidado a expor suas ações em serviço. Também houve a realização de seminários com especialistas da grande rede, professores convidados pelo Apice on.
Médico Obstetra	Tem o Apice On, esse trabalho é desenvolvido em equipe multiprofissional, eu não tenho uma informação completa das ações que estão sendo planejadas e realizadas. Poucos obstetras participam e os residentes não participam, não são convidados o que é lamentável, mas eu soube recentemente que teve um curso de aplicação de DIU pós-parto. Mas fora isso eu também desconheço.
Psicólogo	Temos o projeto Apice On a gente atua dentro do projeto, tornando relevante a discussão dessa temática. No Apice on a gente atua com fala e no sentido de promover o alerta institucional sobre a importância disso não estar sendo desenvolvido por um profissional, as vezes a instituição em si promove isso e não se enxerga. Em equipe nas iniciativas da psicologia dentro do instituto a gente inicialmente trabalha no sentido de conscientizar a relevância desse tema, valorizando a fala dos pacientes e também a gente intervém de duas formas, a conscientização no atendimento as vítimas, que se coloca na condição que sofreram essa violência, e o atendimento do sofrimento pela equipe.

**Fonte:** Elaborado por Maria Raquel Silva, Pesquisa de Campo, 2019.

Ao analisarmos os discursos verificamos que a maioria dos profissionais conhecem o projeto Apice on e participam das atividades realizadas pela equipe multiprofissional, com exceção do profissional médico que desconhecem tais atividades, isto ocorre porque como afirmado na fala do entrevistado poucos obstetras participam e os profissionais residentes não são convidados para essas reuniões.

Realidade essa que representa uma situação preocupante quando se pensa na implementação da humanização do parto e nascimento na assistência prestada às mulheres e crianças no Instituto da Mulher Dona Lindu. Sobretudo porque quando se trata dos residentes, entendemos que são profissionais que estão em processo de formação a nível de especialização e consideramos que serão os futuros profissionais a realizarem os partos e, por isso a unidade de saúde, nesse caso a maternidade é a instituição que possui maior relevância no processo de

ensino e aprendizagem dos residentes, pois é nesse ambiente em que os saberes, as práticas, as intervenções e as técnicas de assistência a parturiente são realizadas, socializadas e apreendidas.

Na pesquisa de campo identificamos durante a entrevista com o psicólogo, uma colocação que julgamos relevante quando se pensa em combater a reincidência de violência obstétrica na maternidade, vejamos:

Enquanto psicologia nós trabalhamos também no planejamento em formalizar uma escuta em equipe, eu acho que o estresse da equipe ele favorece a violência obstétrica, então se a psicologia consegue fazer uma escuta da equipe e não se deter especificamente no paciente, a gente pode trabalhar o alívio de tensões e esse alívio de tensões fatalmente vai culminar no melhor atendimento. Então isso é uma intenção, a gente tem isso acontecendo, mas ainda não há uma sistematização do atendimento da psicologia nesse sentido. Mas, nós atendemos meio que esporadicamente, mais sabemos que isso é importante para o andamento do atendimento, porque o estresse, a sobrecarga de trabalho e a insatisfação de profissionais isso tudo vai culminar em mal atendimento e o mal atendimento vai repercutir na possibilidade de violência obstétrica. Mas uma escuta não resolve tudo, não paga conta, mas ela dá um suporte para prolongar uma reação que poderia ser mais imediata (Turmalina, 45 anos, entrevista, 2019).

Na realidade da saúde local, presenciamos a insatisfação dos profissionais de saúde, vinculados a cooperativas que prestam serviço para o Estado do Amazonas, ao reivindicarem seus direitos trabalhista devido aos atrasos de salário vivenciado por meses. Da maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu, verificamos profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem) na sede do governo reivindicando pagamento de salários com quatro meses de atraso em 2018 e, em 2019 ainda reivindicavam salários e férias atrasadas desde outubro do ano anterior, essas notícias informavam que o problema estava na falta de repasse da verba por parte do governo do Estado para as empresas terceirizadas (A Crítica 2018 e 2019). Ao mesmo tempo averiguamos nos noticiários que essa realidade estava vinculada a dívida que o Estado tem com a saúde pública.

Para Bownie (2012) as instituições de saúde adotam medidas autoritárias como gerenciamento autocrático, reduções dos benefícios, atraso de salários, demissões, condições precárias de trabalho e segurança reduzida, os quais geram uma cultura de trabalho que estimula e tolera a violência institucional permitindo um clima de estresse entre profissionais, o que pode provocar a presença de práticas não éticas contra seus pacientes. A essas práticas não éticas principalmente grosserias, humilhações e constrangimentos na assistência a saúde da

mulher durante o trabalho de parto são classificadas como algumas das formas de violência obstétrica.

Sobre as principais dificuldades encontradas nas ações relacionadas a violência obstétrica, citadas pelos profissionais do Instituto da Mulher, identificamos:

**Quadro 11 – Principais dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional.**

<b>Profissionais</b>	<b>Discursos</b>
Assistente Social	Problemas com a falta de material, insumos, por exemplo pra se trabalhar outras formas de parto vaginal ou de parto natural, a gente não tem as barras, só tem bolas sabe, precisaria de uma banheira, então essa questão da infraestrutura ainda é uma das dificuldades. Resistência do profissional médico, a infraestrutura e eu acho que tem muito preconceito por parte de quase todos.
Enfermeiro	As dificuldades são: a implementação da ação a longo prazo; mudar conceitos cristalizados, é difícil quebrar conceitos cristalizados como episiotomia, manobra kristeller et.; e resistência dos médicos na participação das reuniões em equipe.
Médico Obstetra	Eu acho que a maior dificuldade com relação a violência obstétrica é a integração entre os profissionais, a equipe não conversa, isso é uma barreira enorme, tanto da enfermagem quanto da medicina que são as profissões que estão ali prestando a assistência direta a parturiente, então existe uma resistência muito grande de integração e trabalho em equipe mesmo. Eu percebo que ainda há uma resistência muito grande ao tocar no assunto violência obstétrica por parte, eu falo, dos profissionais médicos porque é os que eu convivo.
Psicólogo	A participação da equipe médica, o nosso modo de fala com a equipe médica é falando para a gestão da cooperativa, então repassa-se para o gestor da cooperativa, oh não tá legal isso e aí a gente depende desse gestor da cooperativa junto aos seus pares, só que isso pra mim é muito ineficaz. Se centraliza só no gestor e aí de repente tira-se aquele médico do plantão aqui, mas o outro que vem não se garante que seja melhor. Então as tratativas junto as equipes médicas não são eficazes, isso do ponto de vista de quando a queixa chega na instituição, tem ainda a baixa frequência da equipe médica especificamente nas discussões acerca desse tema e também de uma falha de não aceitação da equipe médica, especificamente, que a gente sabe que existe.

**Fonte:** Elaborado por Maria Raquel Silva, Pesquisa de Campo, 2019.

Na ponderação dos discursos dos profissionais é perceptível a persistência do fator falta de infraestrutura e ambiência insuficiente, fatores que contribui para que o parto humanizado não seja priorizado e executado da maneira como deveria, embora não seja o motivo para não adotarem as boas práticas de humanização da assistência ao parto.

Sobre a ambiência o Ministério da Saúde adverte que para a realização de parto normal, antes de oferecer a analgesia de parto, a maternidade ou hospital deve ofertar métodos não medicamentosos para alívio da dor, pois oferecem menos riscos e podem resolver o problema da sensibilidade a dor, sem os riscos da analgesia. Esses métodos diz respeito ao apoio emocional contínuo durante o trabalho de parto, liberdade para realizar a movimentação que desejar e escolher posições, contato com a água como chuveiro e banheira, acesso a bolas, escadinha de ling, ao banquinho, que são instrumentos de fisioterapia para adotar outras posições para o parto normal, além do apoio pela doula, a ambiência da maternidade e a privacidade (BARBA; BARIFOUSE, 2014).

Outro fator que contribui para reincidência da violência obstétrica é a dificuldade de mudar conceitos cristalizados por parte de profissionais médicos, essa problemática aponta para a necessidade da gestão da maternidade ou a SUSAM como instituição empregadora exigir via documento que os profissionais médicos se atualizem é importante que seja posto como exigência nos contratos de trabalho e socialize essa informação com as cooperativas de saúde.

Entendemos que o reconhecimento dos profissionais de obstetrícia na assistência ao parto (seja ele médico obstetra ou enfermeiro obstetra) é crucial e por vezes decisivo para vida de mulheres e crianças, uma vez que no modelo assistencial tecnocrático vigente, práticas humanizadas não têm prioridade e aderência, e por essa razão é imprescindível o diálogo com a equipe médica nas reuniões em equipe multiprofissional, principalmente por tratar-se de questões relacionadas ao parto.

A fala do profissional médico entrevistado é esclarecedora quando o assunto é a resistência médica, vejamos:

Mas a grande resistência é dos profissionais antigos que são maioria atualmente e tem uma dificuldade entender que a assistência à parturiente mudou, antigamente o parto era muito medicalizado, não existia a visão de protagonismo da mulher no parto era o médico que decidia e isso é uma coisa que ta mudando. E a grande dificuldade é esta, imagina um profissional que trabalho a vida inteira de uma maneira como que você vai explicar, colocar na cabeça desse ser humano que o protagonismo no parto é da mulher que é ela que decide o que vai acontecer no parto dela, o profissional só vai assistir o parto dela, é muito difícil trabalhar isso na cabeça de um profissional que trabalho 30, 40 anos no modelo de assistência ao parto hospitalacêntrico. (Ônix, 25 anos, entrevista, 2019).

A realidade apresentada na fala acima é uma realidade não somente local, mas nacional, embora a própria Federação Brasileira de Associações da Ginecologia e Obstetrícia

(FEBRASGO, 2018c, p. 1), reconheça o termo violência obstétrica a conceituando como “um construto legal que inclui o tratamento desrespeitoso e abusivo que as mulheres podem experienciar durante a assistência à gravidez, parto e puerpério, bem como outros elementos de cuidado de má qualidade, como a não aderência às melhores práticas baseadas em evidências científicas”, ainda existe a resistência dos profissionais em aceitarem essa terminologia.

Esta resistência tornou-se notável nacionalmente, no primeiro semestre de 2019, com a decisão do governo brasileiro, quando por meio do Ministério da Saúde decidiu abolir o termo violência obstétrica de documentos e políticas públicas por considerar inadequado e impróprio o uso deste termo, alegando que os profissionais de saúde e outros não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano. Opondo-se a essa decisão e após recomendação despachada pelo Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde revogou essa decisão e por meio de ofício reconheceu o direito às mulheres usarem o termo violência obstétrica para retratarem os maus tratos, desrespeito e abusos na ocasião do parto.

Somado a esse aspecto é evidente a necessidade de atualização dos profissionais da medicina para que se possa de fato garantir a execução de um atendimento humanizado e para que seja possível a socialização de conhecimentos entre a própria categoria médica. E diante da resistência dos profissionais em tratarem desse assunto, se faz necessário potencializar as evidências científicas e as boas práticas referentes ao parto na formação dos futuros profissionais, para que assim seja possível uma melhoria perene a médio e longo prazo.

Entretanto é veemente na fala da assistente social e na fala das dificuldades apontadas pelos profissionais, a resistência dos profissionais médicos participarem das atividades, somado a questão do preconceito por parte de quase todos profissionais. E complementando, o discurso a seguir da assistente social entrevistada é esclarecedor quando o assunto é resistência profissional, preconceito e discriminação. Vejamos:

Ainda há resistência dos profissionais em participarem, pra eles participarem a gente precisa insistir. Eu vejo que essa questão do preconceito e da discriminação contra a mulher, sabe o não entendimento do que seja efetivamente a diferença entre vida sexual e a sexualidade ou sexualidade e sexo, é muito presente e precisaria ser mais trabalhado com os profissionais da saúde. Porque essa questão do preconceito ainda é muito forte, olha eles não conseguem entender, é como se as meninas de 14 e 15 anos não prestassem, elas que se dão mesmo, elas que querem, eles dizem pra mim. (Cristal, 66 anos, entrevista, 2019).

Nesse contexto estão imbuídas uma questão que borda o véu da violência obstétrica e merecem destaque, são as relações de gênero, pois por um lado verificamos que as práticas abusivas de profissionais médicos para com as parturientes está interligada com a representação da mulher como sexo frágil, que é fraca que por tudo chora ou grita e por isso sofre no momento do parto, por outro lado nessa mesma dimensão das relações desiguais de gênero existe a representação machista, misógina e de dominação masculina que validam a prática da violência, aprofundada no padrão de masculinidade hegemônico imposto pelo patriarcado do homem macho, viril, valente, bravo e forte, que para ter sua masculinidade respeitada necessita demonstrar seus atributos masculinos independente do espaço que estiver, inclusive seu local de trabalho.

## SEÇÃO III – A REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MANAUS

A violência é a parteira de toda velha sociedade que está prenhe de uma nova, ela mesma é uma potência econômica.  
(Karl Marx)

### 3.1 Posição do Ministério Público Federal sobre a Violência Obstétrica

O Ministério Público Federal é uma instituição pública que não está vinculada a nenhum dos três poderes (executivo, legislativo e judiciário), pois possui independência funcional com respaldo legal na Constituição Federal. O Ministério atua em casos federais em que há o envolvimento de interesse público, sendo independente. O MPF possui autonomia na estrutura do Estado, não podendo ser extinto ou ter suas atribuições repassadas a outras instituições. Seus membros (procuradores e promotores), possuem autonomia institucional e independência, dispendo de liberdade para atuarem embasados na lei e conforme suas convicções.

O MPF possui como marco legal a Constituição Federal de 1988, onde está posta a formalização da jurisprudência do órgão em que consta: compete ao Ministério Público brasileiro como função essencial à justiça: a defesa dos direitos sociais e individuais indisponíveis; a defesa da ordem jurídica e a defesa do regime democrático.

No que tange aos direitos sociais, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) tem como função “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia” (Constituição Federal, Art.129 inciso II). Compete à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) a proteção e defesa dos direitos individuais indisponíveis, coletivos e difusos – tais como dignidade, liberdade, igualdade, saúde, educação, assistência social, acessibilidade, acesso à justiça, direito à informação e livre expressão, reforma agrária, moradia adequada, não discriminação, alimentação adequada, dentre outros.

A Carta Magna também estabeleceu os direitos sociais, assegurando às mulheres não somente o direito à saúde, como também a proteção à maternidade. Conforme dispõe o art.6º da Constituição Federal de 1988: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

De acordo com Diniz et al (2015, p.5),

O Ministério Público, têm assumido a responsabilidade de enfrentar a cultura de desconhecimento dos direitos das mulheres nos serviços, compilando denúncias e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias. Tais iniciativas, provocadas por movimentos de mulheres, foram decisivas para promover um clima de reconhecimento dos direitos, até então inédito na sociedade brasileira.

É seguindo essa lógica que Ministério Público Federal do Estado do Amazonas, é o órgão que desde 2015 recebe denúncias coletivas advindas do movimento de mulheres pela humanização do parto, as quais são formalizadas por esse órgão público por meio de inquérito civil. Sobre essa ação a Constituição Federal, em seu artigo 127, preceitua que o “Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. Compete ao Ministério Público Federal dentre outras funções, “promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos” (Art. 129: III).

Estado, na concepção de Gramsci (1991), é uma instância política revestida de hegemonia que realiza suas ações a serviço tanto da classe dominante quanto da classe subalternizada, conforme o movimento de correlação de força. Sobre essa concepção Serra (1987, p. 23) afirma que “o Estado defende os interesses da classe dominante, mas possui um espaço outro, no sentido de incorporar, por vezes, os interesses da classe dominada, fato esse resultante da correlação de forças de cada conjuntura social”.

Para a representante do Ministério Público Federal do Amazonas, a violência obstétrica consiste em:

Todo tipo de violência sofrida pela Mulher no estado gravídico, durante o parto e no pós-parto. Então é qualquer tipo de violência que ela sofra dentro de unidades de saúde, por profissionais de saúde ou não que atue dentro das maternidades ou ainda no serviço de pré-natal. Ainda é um conceito muito amplo ele não tem uma definição legal como prática criminosa. Enfim, não tem definição legal nacional, mas o fato é que existem protocolos a serem seguidos no atendimento da mulher, quando esses protocolos não são seguidos sem justificativa idônea por parte de profissionais a gente entende que está sendo negado o direito da mulher a ter um atendimento integral (Representante do MPF, entrevista, 2018).

Observe-se que a violência obstétrica consiste em todas as formas de violência sofrida antes, durante, após o parto, e está imbrincada com o descumprimento dos profissionais de saúde aos protocolos e normas técnicas instituídas por instâncias máximas de saúde pública

nacional e internacional, como o Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Inexistem justificativas válidas para tal desrespeito e violação do direito da mulher no âmbito da assistência à saúde, humanizada principalmente no momento de sua maior vulnerabilidade humana que é o momento do parto.

A representação do MPF na causa da violência obstétrica, ocorre há 4 anos com participação ativa de sua representante nas audiências, rodas de conversa com profissionais, debates, fiscalizações, entre outros eventos. Esse trabalho é relevante para as mulheres que se sentem encorajadas a registrar denúncias e também como mecanismo de enfrentamento à violência obstétrica na cidade de Manaus.

Sobre o papel do MPF nessa causa, averiguamos na entrevista que esse órgão público possui um papel expressivo e formidável em termo qualitativo para o enfrentamento dessa problemática no Estado do Amazonas. Vejamos:

Aqui no Amazonas a gente tem um trabalho que não aconteceu no resto do país ainda, tem alguns pontos em São Paulo, mas aqui a gente tem um trabalho de mediação dos órgãos, de coordenação das atividades dos outros entes parceiros, de acompanhamento da qualidade do serviço e como Sistema Único de Saúde ele é todo financiado pela união a gente defende que a união tem responsabilidade também pela oferta de serviço, não apenas pela coordenação do sistema e então a gente também assume que é possível polo ativo de demandas contra União/Estado para garantir a qualidade do sistema (Representante do MPF, entrevista, 2018).

É notável que o resultado obtido com o papel que essa procuradoria vem desempenhando para fazer o enfrentamento da violência obstétrica no Amazonas, tem sido significativo com destaque de reconhecimento nacional pelo empenho nessa causa. Quando a promotora considera que o MPF também assume polo ativo de demandas contra a União/Estado para garantir a qualidade do sistema, verificamos que o órgão assume papel de fiscalizador e de mediador no processo de controle social da política de humanização, especificamente na assistência à mulher e a criança por ocasião do parto e nascimento, que na realidade local acontece por meio do Comitê de Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica.

Desde 2015, no Amazonas a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão representada pela procuradora Bruna Menezes, tem participado e contribuído com o início da judicialização dos casos de violência obstétrica. Nesse mesmo ano houve a primeira audiência sobre violência obstétrica, realizada em novembro de 2015 na cidade de Manaus com a participação de 140 pessoas e mais os representantes do Ministério Público Federal, do

Ministério Público do Estado do Amazonas, do Tribunal de Justiça do Amazonas, da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, da Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas, da Câmara Municipal de Manaus e dos movimentos sociais como a ONG Sagrado Feminino e do atual Humaniza Coletivo Feminista.

**Figura 9** – Fotografia da Primeira Audiência de Violência Obstétrica



**Fonte:** MPF, Site o combate à violência obstétrica no Amazonas, 2019.

Os direitos humanos são por natureza fundamentais para o usufruto de uma vida com dignidade e são resultantes de lutas sociais realizadas por cidadãos e cidadãs, protagonistas sociais e politicamente conscientes, configurando-se empiricamente como uma constante conquista que necessita ser sempre reconquistada. Na visão de Bobbio (1992, p.36),

Os direitos do homem são direitos históricos, que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas reproduzem [...] enquanto direitos históricos, eles são mutáveis, ou seja, suscetíveis de transformação e de ampliação.

Podemos afirmar que os direitos emergem das lutas sociais que os sujeitos empreendem para transformar suas condições de vida, os quais podem ser modificados e ampliados. Essas lutas são frutos de ações coletivas dos atores sociais que reivindicam suas demandas, buscando respostas de proteção às vulnerabilidades sociais.

Os direitos humanos foram instituídos na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), refere-se ao reconhecimento do ser humano perante a lei em todos os lugares, independente de classe, raça, cor, religião, país ou opinião política. Ou seja, trata-se do reconhecimento do ser humano como portador de direitos (BENEVIDES, 2007). E no rol dos direitos humanos assegurados nessa Declaração, foram

reconhecidos os direitos sociais, civis e políticos possuindo todos caráter universal, pluralista e interdependentes (BUSIN, 2013).

No que concerne aos direitos humanos das mulheres no Brasil a Constituição Federal de 1988 constitui-se no marco histórico fundamental, no que diz respeito à igualdade de gênero, a saber: “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. (BRASIL, CF/1988, p. 1).

Os direitos humanos são direitos e garantias fundamentais dos cidadãos, sem os quais não é possível o sujeito se desenvolver em sociedade e usufruir o mínimo de qualidade de vida. A garantia e o respeito aos direitos humanos sempre só foram viáveis com a participação social. A conceituação de participação social explicada por Montoro (1992, p. 23), diz respeito “a atuação organizada e responsável dos múltiplos setores da sociedade, na solução de problemas coletivos e na promoção do bem comum”.

A procuradora do Ministério Público Federal do Amazonas considera que a primeira audiência teve caráter informativo e instrutivo como mecanismo para combater a prática da violência obstétrica no Estado. Essa afirmação foi perceptível na seguinte fala<sup>24</sup> da procuradora:

queremos tirar essas estatísticas do anonimato, incentivar as famílias a conhecerem seus direitos e denunciarem quaisquer tentativas de negá-los. Os Ministérios Públicos, estadual ou federal, estão abertos para receber esses casos e atuar no sentido de cobrar providências para evitar que ocorram (MPF, 2015).

Essa primeira audiência buscou oportunizar a discussão de violência obstétrica na cidade de Manaus, dando voz e escutando as mulheres que vivenciaram essa violência. Na ocasião da audiência pública diversas pessoas se manifestaram e apresentaram casos de violências físicas e psicológicas nos serviços públicos e privados de atendimento à parturiente no Amazonas, nessa audiência também foram entregues denúncias coletivas ao Ministério Público Federal.

Durante o evento também foram ouvidos alguns profissionais de saúde, que compuseram a mesa na audiência representando entes públicos de elevada importância para assistência à mulher da gestação ao pós-parto no Amazonas. Após terem sido expostos inúmeros relatos de dor e sofrimento durante o parto, uma das marcantes falas dos profissionais

---

<sup>24</sup> Disponível no Site do MPF em: <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/violencia-obstetrica-e-comum-nas-maternidades-do-am-afirmam-maes-e-profissionais-da-saude>.

de saúde na audiência referia-se as consequências da violência obstétrica em que dizia “embora tenha se falado ao longo das mais de quatro horas de audiência pública sobre a famigerada violência obstétrica, não era possível visualizar naquele auditório sequer uma mulher sequelada”. A partir dessa fala percebemos que as práticas que se pretendiam eliminar as quais foram discutidas na audiência, estavam aprofundadas na prática e presentes no cotidiano profissional de atendimento à mulher na hora do parto no estado do Amazonas.

Destaque-se que a atuação não somente do MPF e do Ministério Público do Estado do Amazonas (MP/AM), foram notadamente ativa e interventiva na tentativa de reduzir os casos de violência obstétrica, para tanto, após a primeira audiência o MPF e o MP/AM, assinaram 11 recomendações a Maternidades/hospitais e órgãos de saúde do Estado para o cumprimento das diretrizes estabelecidas na Lei do Acompanhante, a Lei nº 11.108/05, e na Lei Estadual nº 4.072/14, que permite a presença de doulas durante o serviço de parto e de um acompanhante, escolhido pela gestante nas maternidades.

Faleiros (2011, p.60), explica que “a cidadania se fortalece nas relações Estado/sociedade, nas mediações concretas das políticas sociais, que se tornam o campo de intervenção e acessibilidade, apoio e acompanhamento dos usuários”.

Não obstante, a entrada das doulas<sup>25</sup> ainda ser bastante relutante por profissionais de saúde nas maternidades de Manaus, conforme elucidado em audiências, a presença dessas profissionais é de suma relevância durante o trabalho de parto, pois são essas as pessoas capacitadas para serem responsáveis pelo conforto físico e apoio emocional da gestante antes, durante e após o parto e nascimento. E temos que considerar que o apoio emocional por um profissional capacitado é extremamente importante para reduzir as tensões e proporcionar mais segurança à mulher no momento do parto, porém há que se considerar que nem toda gestante tem condições financeiras para contratar uma doula para realizar seu acompanhamento da gestação ao pós-parto e até mesmo em uma única fase da maternidade.

Averiguamos que a principal dificuldade para a aceitação das doulas nas maternidades deve-se ao saber que elas possuem sobre o parto humanizado e isto se agrava principalmente quando a doula, também é enfermeira, técnica de enfermagem ou psicóloga.

---

<sup>25</sup> A palavra doula tem origem grega e significa mulher que serve. Doula é a pessoa que oferece suporte emocional à mulher desde início do trabalho de parto até as primeiras horas do pós-parto, também é uma pessoa que possui treinamento sobre a fisiologia do parto normal, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, os cuidados pós-natais e aleitamento materno.

A partir de 2016, o MPF provocou reuniões com entidades que poderiam auxiliar, dentro de suas atribuições no enfrentamento à violência obstétrica, e atendendo ao convite da Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM) realizaram visitas e inspeção nas maternidades públicas da cidade para verificar *in loco*, as condições oferecidas às mulheres atendidas nas unidades de saúde. E esta ação contribuiu para que os órgãos públicos tomassem conhecimento da realidade do atendimento e da estrutura das maternidades públicas de Manaus e concomitantemente obtivessem um diagnóstico sobre as condições dos serviços ofertados pela rede de saúde.

Sobre as rodas de conversas realizadas com os profissionais de saúde nas maternidades, a representante do MPF destaca que ouviu discursos inesperados e preocupantes quando se pensa sobre humanização da assistência ao parto, tais como:

Olha eu já ouvi dentro de maternidade: olha vocês querem que a gente faça parto normal, se eu for acompanhar parto normal minha hora vai ficar mais barata que qualquer prostituta desclassificada, já ouvi está na bíblia, parirás com dor, já ouvi um Kritellerzinho não faz mal a ninguém, já ouvi que o principal problema do hospital é a falta de bisturi pra fazer episiotomia que isso que prejudicava as grávidas. Então assim isso de forma muito natural, porque ninguém não se inibiu de apresentar isso para o ministério público que eu estava representando, então assim a violência está muito internalizada, ela também está muito banalizada, as pessoas querem se retirar do foco do problema e por isso dizem o problema está na estrutura, o problema está no salário baixo, então assim é uma fuga mesmo (Representante do MPF, entrevista, 2018).

Como assinalamos ao longo deste trabalho as distintas formas de violência contra a mulher têm raízes sólidas na dominação masculina produtora de relações desiguais de gênero, a qual está entrelaçada à violência obstétrica, essa última por sua vez é concebida pelo controle sobre a mulher e o cerceamento de sua autonomia e liberdade de expressão ou decisão. Para Bourdieu (2011, p.7), a dominação masculina é uma forma particular de “violência simbólica, violência suave, invisível a suas próprias vítimas, que exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento”.

Na violência obstétrica, verificamos pelas expressões “se eu for acompanhar parto normal minha hora vai ficar mais barata que qualquer prostituta desclassificada, está na bíblia, parirás com dor, um Kritellerzinho não faz mal a ninguém”. Esse discurso médico é revestido de abuso de poder e estigma sobre o corpo feminino, percebemos também a violência justificada pelo fundamentalismo religioso.

Na sociedade contemporânea, travejada pelo conservadorismo, machismo, sexismo e misoginia, a banalização da violência contra a mulher ocorre de diversas formas e é existente

nos mais distintos segmentos sociais. A violência obstétrica também é banalizada e sua banalização está associada ao mecanismo psicológico de defesa do ego, a psicologia explica essa situação pelo Deslocamento, que consiste em um “mecanismo psicológico de defesa, onde a pessoa substitui a finalidade inicial de uma pulsão por outra diferente e socialmente mais aceita” (SILVAb, 2010, p. 5).

Posterior a realização de visitas a todas as maternidades estaduais da cidade de Manaus, foi possível confirmar que as negativas aos direitos era prática comum, por meio das mais diversas alegações, nega-se à parturiente o protagonismo do próprio parto, o acesso a procedimentos mais humanizados e a acolhida da mulher no momento de maior vulnerabilidade.

Sobre os resultados obtidos com as inspeções, rodas de conversas e reuniões realizadas com órgãos públicos, houve a necessidade de selar por meio de um Termo de Cooperação Técnica todos os compromissos assumidos pelos diversos atores sociais para o combate à violência obstétrica, com exceção do Conselho Regional de Medicina que se recusou a participar, todas outras entidades que se reuniram com o Ministério Público demonstraram a intenção de assinar o termo e participar da luta conclamada.

A segunda audiência pública sobre violência obstétrica realizada em 2016, na cidade de Manaus, foi convocada pelo Ministério Público Federal no Amazonas (MPF/AM) e o Ministério Público do Estado do Amazonas (MP/AM), para discutir com a sociedade questões relacionadas à superação da violência obstétrica nas maternidades do Estado do Amazonas, nesta audiência foram apresentadas 16 denúncias de violência obstétrica.

Nessa sessão solene também discutiu-se a necessidade de cooperação entre órgãos públicos e outras entidades, para tanto foi realizada a assinatura do termo de cooperação técnica, que tinha por objetivo articular e implementar ações conjuntas para a conscientização e resguardo do direito das mulheres, durante o parto, e nos períodos anteriores e posteriores ao momento do parto. As instituições responsabilizaram-se em atuar na atividade educativa, preventiva e coercitiva contra atos de violência relacionados ao parto, assim cada instituição comprometeu-se em intervir dentro de suas respectivas atribuições (MPF, 2016).

**Figura 10** - Assinatura do Termo de Cooperação Técnica na Segunda Audiência



**Fonte:** MPF, Site o combate à violência obstétrica no Amazonas, 2019.

Assim, foi formada a rede de enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas e, em 18 de novembro de 2016 durante a realização da segunda audiência pública, foi assinado o termo de cooperação técnica para o combate à violência obstétrica pelo Ministério Público Federal (MPF), o Ministério Público do Estado do Amazonas (MP/AM), a Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE/AM), a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM), a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher no Amazonas, a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Amazonas (SEJUSC), a Secretaria de Segurança Pública do Amazonas (SSP), o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), posteriormente aderido pelas Comissões de Direito Médico e Comissão da Saúde e da Mulher Advogada da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Amazonas e Humaniza Coletivo Feminista, associação conexas à causa (MPF, 2016).

Ainda sobre o tema violência obstétrica, quando perguntamos com quais aspectos a entrevistada considera que está relacionada a violência obstétrica, principalmente na forma de violência moral e simbólica, obtivemos a resposta seguinte:

Questão de gênero, noção de saúde e educação em direitos. Tem duas partes, uma é do detentor do direito porque ele não se reconhece como detentor desse direito, desconhece mesmo a educação em direitos, e a outra do profissional que não reconhece aquela pessoa como sujeito de direitos e não reconhece que tem um dever de prestar bem aquele serviço porque ele acha, na verdade, sempre que ele é uma vítima do sistema quando a gente sabe que independente de questões sociais e os

problemas que a gente vive, a pessoa presta serviço público por quê ela quer, ninguém é obrigado hoje a prestar serviço público (Representante do MPF, entrevista, 2018).

Esses três elementos apontados pela promotora, somado ao elemento sexualidade, são eixos relevantes, quando pensamos em combater ou ao menos minimizar os casos de violência obstétrica, que devem ser trabalhados pela equipe de educação permanente de saúde nas maternidades de Manaus.

Pois, consideramos que há necessidade do entendimento sobre as relações de gênero que irão explicar as desigualdades existente entre os gêneros, o papel da mulher na sociedade, e o porquê que o gênero feminino possui políticas públicas específicas que devem ser executadas pelos profissionais de saúde.

Sobre a sexualidade se torna necessário que se compreenda que o parto é um acontecimento fisiológico que envolve o caráter sexual (ODENT, 2002). “A sexualidade é uma das dimensões do ser, em outras palavras: cada um de nós tem uma identidade sexual que integra o modo de ser de cada um e que é inseparável da nossa humanidade” (LOURENÇO, 2002, p. 24). Também afirma que “a sexualidade se expressa no estilo de vida que adotamos, nos papéis de gênero (jeito adotado para ser mulher ou para ser homem), no modo como se demonstram os afetos, na percepção erotizada dos estímulos sensoriais”.

A sexualidade é uma dimensão da vida humana que pode ser expressa de distintas maneiras e não se restringe apenas ao contato íntimo e sexual entre duas pessoas, mas refere-se a toda sensação de prazer que envolve o corpo em que está incutido significados simbólicos. É sobre esse pressuposto que Rohde (2016, p. 9) esclarece que “do ponto de vista fisiológico o trabalho de parto se configura da mesma maneira que o ato sexual”, nisso assemelham-se até mesmo os hormônios, pois a “ocitocina estimula as contrações uterinas no orgasmo e no parto e as endorfinas são responsáveis pelas sensações de prazer e alívio da dor”. Gama (2004, p. 87) complementa que “possibilitar o gozo da saúde reprodutiva e sexual das mulheres como parte da sua saúde integral também é um objetivo das políticas de saúde”

No ano de 2017, houve a terceira audiência pública para debater a violência obstétrica, essa última audiência foi marcada por novos relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica, bem como foram lidos, com a permissão das vítimas, alguns relatos dos casos em que o Humaniza Coletivo feminista recebeu denúncia, houve discursos de profissionais de

saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico, assistentes sociais) e representantes de órgãos e movimentos que atuam na prevenção de práticas violência obstétrica.

**Figura 11** – Fotografia da Terceira Audiência



Fonte: MPAM, 2017.

No evento também discutiram os avanços obtidos a partir da ação conjunta entre os órgãos de fiscalização, entidades do poder público e o movimento social. A Procuradora Regional dos Direitos do Cidadão no Amazonas e representante do MPF, destacou que os principais avanços obtidos, ocorreram a partir do termo de cooperação assinado em 2016, e da participação dos órgãos que assinaram o documento. Em sua fala ressaltou:

Após a assinatura do termo de cooperação foi instituído um comitê que reúne os parceiros para um acompanhamento da evolução dos trabalhos realizados e com isso foi constatado que muitas mudanças ocorreram em 2017, como a presença de um apoiador que abordará temas relacionados à violência obstétrica nas maternidades de Manaus e também as alterações de cláusulas nos contratos da SUSAM com as empresas que prestam serviços nas maternidades (MPF, 2017, p. 2).

Como órgão de fiscalização o MPF possui significativa contribuição em todo esse processo de enfrentamento à violência obstétrica e principalmente para as melhorias vindouras, haja visto que a judicialização dos casos, na maioria das vezes, parte desse órgão para outros órgãos públicos do Estado do Amazonas.

Quando perguntamos sobre se existia alguma resistência a violência obstétrica ou sobre a judicialização dos casos violência obstétrica, verificamos o seguinte:

O Conselho Regional de Medicina eles são os mais resistentes, nós já mandamos mais de 50 denúncias pra eles e em nenhuma eles dizem que tinha regularidade, isso você vê as vezes no prontuário. Tinha um caso de uma denúncia aqui no MPF de uma menina com lúpus em que os médicos diziam pra ela, só vou te atender se você me prometer que não vai mais engravidar e ela com fotofobia e eles não apagavam a luz, não ajudavam, não avisaram a mãe, ela estava em abortamento né, deixaram ela com feto na fralda por horas. Então é assim é um negócio que eu não consigo entender como uma pessoa formada para oferecer saúde para o outro consegue entrar no negócio desse e assim não perceber o que tá fazendo.

Diante dessa realidade percebemos como a problemática social violência obstétrica é preocupante no Estado do Amazonas, pois verificamos que o número de casos têm aumentado, as práticas de violência obstétrica têm sido perpetradas de distintas formas e intensidade e o que mais pune é que em face a existência de recomendações e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e elaborado pela equipe de profissionais médicos da CONITEC, ainda assim a exigência dessas diretrizes, normatizações, recomendações não são nem se quer estudadas, debatidas, avaliadas ou adotadas pelos profissionais de saúde que atuam diretamente na prestação da assistência à mulher no momento do parto.

### **3.2 O trabalho do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica**

O Comitê Estadual de Enfrentamento a Violência Obstétrica é um espaço democrático, uma instância de controle social onde se reúne os representantes do Estado e da sociedade civil organizada e ocorre as discussões e deliberações essenciais para o combate à violência obstétrica no Estado do Amazonas.

Compõem esse coletivo as instituições públicas como a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM), a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), a Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUSC), a Secretaria de Segurança Pública (SSP), a Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE/AM), o Ministério Público Federal do Amazonas (MPF), o Ministério Público do Estado do Amazonas MP/AM, o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher no Amazonas, a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Amazonas (SEJUSC), a Secretaria de Segurança Pública do Amazonas (SSP), o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Comissões de Direito Médico, Comissão da Saúde e da Mulher Advogada da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Amazonas e Humaniza Coletivo Feminista.

**Figura 12** – Reunião do Comitê de Combate à Violência Obstétrica



Fonte: MPF, site o combate à violência obstétrica no Amazonas, 2019.

A criação do Comitê é uma questão interessante de se estudar e refletir porque no campo da saúde, conforme regulamenta a Lei 8.142/1990, o controle da execução da política de saúde sempre foi executado por meio dos Conselhos de Saúde e diferentemente dessa ordem legal, foi necessário constituir um mecanismo próprio para o enfrentamento à violência obstétrica, após as discussões sobre a problemática da violência obstétrica com a sociedade civil organizada e com diversos órgãos públicos.

Correia (2002) considera o campo das políticas sociais como um campo contraditório, tendo em vista que através das políticas sociais o Estado controla a sociedade na medida que atende parte de suas demandas. Para Correia (2011, p. 121-122) é no solo contraditório das políticas sociais que nasce um novo conceito de controle social, que consiste na “atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, as demandas sociais e os interesses das classes subalternas”. Assim, “o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população”.

O Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica representa um mecanismo constituído de controle social, bem pensado, elaborado, dinâmico, formal e deliberativo, correspondente a uma instância colaborativa e de participação social e estatal. Para Bravo (2002, p. 45) o controle social possui um aspecto legal inscrito na Constituição Federal de 1988,

cujo significado “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. É pela criação do Comitê Estadual de Combate à Violência Obstétrica que o trabalho do MPF é também reconhecido nacionalmente, acerca disso a representante do Humaniza (entrevista/2019) confirma, “nos moldes que o MPF pensou esse é o único comitê existente no Brasil, não existe em nenhum outro município ou cidade nos moldes em que foi pensado”.

Com a adesão do Termo de Cooperação, os órgãos e entidades participantes apresentaram planejamento de ações para o ano de 2017, as quais compuseram o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica, umas das medidas postas no plano refere-se ao registro das denúncias, pois anterior a esse planejamento órgãos diversos recebiam denúncias de forma pulverizada, então a medida apresentada seria a elaboração de um fluxo único para as denúncias, sendo assim a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) responsabilizou-se pela criação de um aplicativo que tornaria possível o acompanhamento dos casos e atuações por parte dos órgãos, além da quantificação das denúncias (MPF, 2019).

Pela adesão e compromisso com o Termo de Cooperação Técnica, as instituições ficaram incumbidas com algumas responsabilidades, a exemplo, a Defensoria Pública promoveria maior sensibilização de seus servidores com relação ao atendimento as vítimas de violência obstétrica, as Universidades UEA e UFAM desenvolveriam disciplinas relacionadas ao tema e oficinas interdisciplinares (MPF, 2019).

A Secretaria Estadual de Saúde, por sua vez, comprometeu-se a implementar o funcionamento das ouvidorias, ao acompanhamento mais próximo do corpo clínico das maternidades, com grupo de apoio e tratamento das equipes com vistas ao saneamento de casos de interferência deletérias nas cadeias de trabalho, bem como com relação à capacitação de profissionais (MPF, 2019).

Quando indagamos qual o papel do Comitê de combate à violência obstétrica pelas representantes entrevistadas, obtivemos as respostas seguinte:

**Quadro 12 – Papel do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica.**

É uma representatividade estadual. Mas o papel principal é que o comitê é um ponto de envolvimento de todas as instituições que estão afetas ao parto e nascimento, ao pré-parto e o pós parto, então eu sempre digo nas reuniões é um momento único, que numa reunião você agrega 20 instituições que são responsáveis pelo parto, então se está discutindo ali o que a gente vai melhorar para o atendimento na saúde
---

Representante do Coletivo Feminista Humaniza	do estado, então isso é muito importante, porque em que outro momento, ou outras instância conseguiríamos reunir para pensar a melhoria do atendimento, não se tem.
Representante do MPF	Ele tem como objetivo acompanhar o cumprimento do termo de cooperação que foi firmado em 2016, mas no interior dele a gente também faz delineamento de novas atividades nos próximos anos. E assim a gente faz o controle do que já foi acordado, delinea novas possibilidades para o futuro, faz a coordenação das atividades, tenta reduzir a burocracia no fluxo entre os órgãos e a gente organiza anualmente um evento de combate à violência obstétrica e a gente também começou a analisar alguns casos para tentar identificar os principais problemas da rede de modo a verificar o que a gente poderia melhorar no nosso papel.
Representante da SUSAM	Clarear o assunto, forçar a discussão sobre discutir casos, propor estratégias para o enfrentamento, acompanhar mais de perto os serviços; proteger as mulheres.

**Fonte:** Elaborado por Maria Raquel Silva, Pesquisa de Campo, 2018 e 2019.

A representação do papel social do Comitê, exposto pelas entrevistadas, é abrangente e diversificado na tentativa de acompanhar o cumprimento do Termo de cooperação Técnica garantir outras possíveis ações que possibilitarão a melhoria da assistência ao parto e nascimento na cidade de Manaus, sendo preponderante a visão do controle das ações planejadas. O planejamento de estratégias para melhoria da assistência, o monitoramento dos casos de violência obstétrica, fiscalização sobre a humanização de assistência ao parto e, principalmente proteger as mulheres e o nascituro<sup>26</sup>.

No pensamento de Sena (2016), o enfrentamento da violência obstétrica não pode ser pensado, apenas pela superação do modelo de assistência vigente por um modelo assistencial humanizado, não se pode pensar no momento do parto como uma mudança a vir a ser, precisa-se que a mudança ocorrida no presente, aconteça de forma ativa e pela recuperação da autonomia da mulheres e pela redução da ausência de autonomia.

Sobre a participação das representantes institucionais no comitê de violência obstétrica, verificamos:

**Quadro 13** – Participação das instituições no Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica.

<sup>26</sup> Nascituro significa criança que está para nascer, conforme o Dicionário Ilustrado de Saúde.

Representante do Coletivo Feminista Humaniza	Bom a gente está defendendo as mulheres né. Hoje o que nós estamos fazendo? nós estamos levando caso a caso das denúncias que a gente recebe, então todas as denúncias estão sendo lidas e compartilhadas com todo mundo, mensalmente a gente tem reunido, aquelas denúncias que são mais complexas que envolve mais de uma unidade hospitalar, como aquela que a pessoa foi em três unidades hospitalares e na última morreu ou o seu bebê morreu a gente acaba dando um olhar mais profundo, porque nem sempre temos tempo hábil pra está verificando todas tão detalhadamente, e esse tem sido nosso desafio levar esses casos e olhar mais detalhadamente para cada pessoa.
Representante do MPF	É fazer principalmente o papel de mediadora e até estou preparando uma ação civil pública relacionada aos contratos com os profissionais, mas assim em regra, a gente faz a mediação, o Ministério Público Federal tem o papel de defensor do Povo na tutela, então a gente acaba atuando como forma de mediação para fazer os órgãos atuarem dentro das suas atribuições.
Representante da SUSAM	Minha participação é igual a de todas as pessoas que estão lá dentro. É participar de reuniões é levar proposições, é construir espaços, de alguma forma garantir a abertura da Secretaria de Estado de Saúde nessa discussão, apoiar a entrada do comitê nos serviços, internamente conduzir as demandas do comitê para conduzir as mulheres.

**Fonte:** Elaborado por Maria Raquel Silva, Pesquisa de Campo, 2018 e 2019.

O comitê é um ponto de encontro e envolvimento entre os órgãos públicos e movimento social, cada entidade assume o compromisso relevante para o combate à violência obstétrica, as quais possuem atribuições diferenciadas que complementam e fortalecem o trabalho em conjunto. Conforme percebido nas falas das representantes, o Humaniza Coletivo Feminista tem o papel de movimento social sendo aquele que recebe denúncias, encaminha e protocola junto aos órgãos públicos, buscando compartilhar com o comitê as denúncias mais complexas que exigem um olhar diferenciado por parte dos órgãos públicos e jurídicos.

O MPF embasado no papel de defensor do povo nessa causa, preza pela proteção aos direitos humanos das mulheres, bem como faz o papel de mediação entre os órgãos que aderiram ao Termo de cooperação técnica, fazendo os órgãos cumprirem com suas atribuições. A SUSAM como instituição pública de saúde busca levar ao comitê propostas, apoiar a entrada do comitê nos serviços e conduzir as demandas que lhe são repassadas.

Correia (2009, p. 116) explica que “na análise da Estado/sociedade civil em Gramsci, pode-se afirmar que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais”. E esclarece “é a partir desta concepção de Estado quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade do Estado ser controlado por essas classes, a depender da correlação de força existente entre os segmentos”.

A primeira dificuldade apontada por uma das representantes que merece destaque é sobre a quantificação das denúncias, em seu discurso consta:

É muito complicado quantificar essas denúncias porque olha só a SUSAM se mostrou muito parceira pra ajudar, mas só que por exemplo, essas denúncias de ouvidoria não estão sendo contabilizadas nos nossos critérios de violência obstétrica, as únicas que estão sendo talvez são as do MPF. Então é muito complicado por que a gente tá com uma subnotificação, é muito complicado essa pulverização das denúncias e eu não sei se é do interesse as SUSAM reconhecer toda essa violência que ela pratica, entendeu, por mais que a gente seja entidade parceira a gente tem que ser realista, e eu acho que não é, acho que tem o corporativismo não só dos profissionais, mas também das instituições de não quererem expor suas fragilidades, o que chega até mim eles não tem como esconder, o que não chega eles tem como tentar infurtar (entrevista/2019).

Sobre a pulverização das denúncias de violência obstétrica, por um lado sabemos que há outras instituições envolvidas que registram ocorrências dessa natureza, por outro lado verificamos no discurso a morosidade da Secretaria Estadual de Saúde em quantificar as denúncias nas ouvidorias da maternidade e, talvez isso ocorra pela falta de formulário próprio para o registro dessas denúncias ou até mesmo pela falta dos técnicos reconhecerem os aspectos que caracterizam violência obstétrica, até mesmo por ser uma discussão nova em que os processos de mudança ainda estão ocorrendo em face a toda resistência declarada por profissionais de saúde. Na pesquisa realizada na ouvidoria do Instituto da Mulher percebeu-se a dificuldade em analisar os casos de violência obstétrica nos registros anteriores a 2018 devido a textos curtos, mas conforme a técnica administrativa responsável pelos registros no ano de 2018 começaram a receber capacitação sobre como realizar o registro dos tipos de violência.

Dentre as dificuldades apontadas pelas representantes as que se assemelham são: “a resistência dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, acho que essa é a principal dificuldade” (Representante da SUSAM, entrevista, 2019). A representante do Humaniza também enfatiza “os médicos, a categoria médica infelizmente é a mais resistente de todas, é claro que eles contestam, eles só contestam, eles não participam de praticamente nada em que são convidados” (entrevista/2019). Para Alves (2013, p. 25), a participação é o único meio que “permite que os sujeitos façam parte das decisões que lhes dizem respeito, seja nos aspectos políticos, sociais, culturais ou econômicos”.

Diante desses discursos é notável as relações de poder, isso porque em todas as relações sociais há relação de poder, o poder em si não é uma característica ou algo que se possa possuir ou negociar, trata-se de um contexto de disputa, pois as relações de poder, são relações de força.

Assim, conforme Foucault (1979) devemos reconhecer que todas as pessoas se relacionam de modo variável com o poder, ora em posição de dominação, ora de assujeitamento, apesar, é claro, de que há certa tendência à cristalização das relações de poder, a exemplo nas relações estabelecidas entre os gêneros. Entretanto, Foucault (1979) acredita que onde existe poder, é possível resistência, que é um efeito mesmo do poder. As resistências se dão nas relações entre sujeitos e sujeitos e instituições.

No campo da saúde essa resistência profissional ocorre porque, conforme Guiddens (2008), alguns sociólogos têm defendido que o profissional médico exerce um saber revestido de poder que decodifica o que é ou não doença. É assim que o profissional médico apresenta sua posição na sociedade como “o juiz da verdade científica submetendo seu controle médico a um número cada vez maior de esferas da vida humana” (GUIDDENS, 2008, p. 258).

Essa e outras dificuldades também foram apresentadas pela representante do MPF ao salientar que a:

Principal dificuldade é principalmente os profissionais, porque a gente tem ação cível, no criminal não sei se isso já está sendo visto como deveria, a gente tem dificuldade no registro da ocorrência policial, a gente tem a dificuldade no delineamento da violência moral e psicológica como uma violência, a gente esbarra no dito pela grávida e por seu familiar, como dito pela maternidade, a gente tem dificuldade no afastamento do profissional porque a SUSAM não consegue afastar esse profissional do serviço, as dificuldades são muitas porque a gente não consegue melhorar o serviço sem melhorar os profissionais e ainda tem a resistência e a dificuldade na atualização de profissionais (entrevista/2018).

As dificuldades são incontáveis e isto ocorre porque a emergência da violência obstétrica, não somente na cidade de Manaus como no Brasil inteiro, está sendo estruturada como uma nova face da violência contra a mulher que necessita ser enfrentada, minimizada e combatida. As dificuldades demonstram que é preciso que haja a judicialização da violência obstétrica o que só se tornará mais viável após o reconhecimento legal dessa forma de violência contra a mulher e criança, e quando houver equipe de profissionais conhecedores dos direitos humanos da mulher e que entendam a violência obstétrica.

Sobre a dificuldade da SUSAM afastar profissionais, também apresentou-se esse mesmo posicionamento crítico na entrevista com o Humaniza, em que se falou da dificuldade em rescindir contratos com trabalhadores, verificado na fala a seguir: “na última reunião do comitê eu até me estressei e disse pra SUSAM: eu quero saber o que vocês vão fazer com essas

peessoas? olha vocês estão contratando profissionais para violentar mulher e vocês sabem” (entrevista, 2019).

Essa e outra dificuldade que envolve os profissionais de saúde, demonstram a necessidade de obrigatoriedade da atualização profissional, a qual poderia se tornar possível se a SUSAM enquanto instituição empregadora reforçasse a exigência de atualização profissional a partir das novas recomendações internacionais e nacionais sobre as boas práticas para realização do parto.

Não podemos negar que como qualquer outra instância existem correlação de forças nas relações sociais estabelecidas entre as entidades representativas, constatamos a crítica do Humaniza com relação ao cumprimento da fiscalização periódica das maternidades, na fala “não tem uma continuação, do tipo o que aqueles profissionais fizeram, o que mais me incomoda é isso, como é que você vai fiscalizar um negócio se você nem sequer escuta as mulheres ou aquele acompanhante na maternidade”(entrevista, 2019).

É importante e necessário que a SUSAM assuma essa responsabilidade de fiscalização periódica nas maternidades tanto para verificar a ambiência, as condições de trabalho dos profissionais como para escutar as mulheres e seus acompanhantes para que assim possa ter uma completa avaliação institucional e para que se busque fomentar estratégias de melhoria.

O Estado representado pela SUSAM é bem envolvido na discussão da temática, presente nos debates e audiências, mas por outro lado, ainda é moroso quanto as ações mais pontuais nas maternidades que versam sobre a violência obstétrica.

Para Diniz (2005, 633) dialogar sobre humanização é uma estratégia “dialógica, diplomática e menos acusatória de tratar de violência de gênero e outras violências nas instituições de saúde” que também são violações de direitos perpetradas pelos profissionais de saúde. Os direitos imbuídos nessas violações, conforme Diniz (2005, p. 633) são: “direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos físico ou moralmente penosos), etc”.

Uma proposta para aprimorar a melhoria e qualidade do atendimento na assistência a mulher e a criança no momento do parto, seria a criação de uma tecnologia social pela SUSAM enquanto instituição empregadora, por meio de uma plataforma que reuniria diversos cursos de capacitação e qualificação de profissionais que são disponibilizados pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) e outros cursos

ou vídeos criados e disponibilizados pela própria secretaria, com a finalidade de informar aos profissionais sobre a mortalidade materna e neonatal, as evidências científicas, o acolhimento e a humanização do parto.

Dentro dessa plataforma as maternidades poderiam ter, pelo nível de participação dos cursos e pela melhoria no atendimento a partir da avaliação das usuárias na maternidade, um selo que a qualifica-se como maternidade com equipe de profissionais humanizada. Essa seria uma proposta que agregaria dois objetivos, primeiro o incentivo aos profissionais de saúde a se empenharem para qualidade do atendimento prestado por meio das capacitações, assim se forçaria a qualificação profissional contínua, e segundo seria o acompanhamento sistematizado e contínuo da Rede Cegonha e da SUSAM sobre a qualidade da assistência ao parto.

Essa proposta representaria o uso sustentável da tecnologia e representaria uma possibilidade de estimular a participação dos profissionais contribuindo para minimizar situações desfavoráveis à saúde da mulher e da criança, pois se sabe conforme Moreira (2011) que as tecnologias sociais têm como foco a resolução de problemas sociais. Assim, teríamos uma tecnologia social a favor da educação em saúde, contribuindo para humanização do atendimento o que poderá melhorar significativamente a qualidade de atendimento e assistência ao parto e concomitantemente ajudará a salvar vidas.

Para além das dificuldades existem relevantes avanços somados por toda Rede de enfrentamento à violência obstétrica, vejamos a seguir os principais avanços:

**Quadro 14 – Avanços do Comitê Estadual de Combate à Violência Obstétrica.**

<p>Representante do Coletivo Feminista Humaniza</p>	<p>Muitos avanços, a própria criação do comitê é um super avanço, o MPF no dia 28 de novembro judicializou a violência obstétrica, ele colocou na justiça por outras palavras o Estado, o município e a união pela violência obstétrica, é um grande avanço porque nunca nenhum ministério público federal fez isso, um grande avanço é que quanto mais se fala, mas pessoas se interessam pelo assunto percebemos o grande número de dissertação e tccs, de quatro anos pra cá aumentou enormemente né, então esse envolvimento acadêmico é muito importante, só vai mudar se a gente mostrar ciência, então precisa se mostrar ciência, se tem que mostrar dados. É muito possível os órgãos denunciados trabalharem com o movimento social, é muito possível essa ajuda mutua que a gente está fazendo, apesar que a secretaria de estado e saúde reconhece os profissionais que tem reconhece suas falhas quanto a infraestrutura, mas ela também reconhece que é importante ouvir o movimento social, acho que isso é um grande ganho.</p>
	<p>A gente já consegue falar sobre o tema, porque se hoje temos dificuldade para falar sobre isso há 4 anos atrás era impossível, então a gente já consegue falar sobre temas a gente teve a Adesão de importantes instituições nessa luta como a OAB, e</p>

Representante do MPF	assim o movimento social ele tá com atividades educativas, nós já tivemos curso de formação para os juízes e magistrados na escola da magistratura, ou seja o tema é muito melhor tratado, nós temos elaboração de documentos de cartilha, o tema é muito mais falado, coisa que muita gente não conhecia hoje já tá um pouco mais acessível. Então eu acho que os avanços são muitos, temos o termo de cooperação para a previsão das atividades, hoje temos apoiadores dentro das maternidades.
Representante da SUSAM	A realização das audiências públicas; As rodas nos serviços; O fortalecimento da enfermagem obstétrica; O fortalecimento do controle social como ente importante para melhorar a assistência; A UEA conseguiu construir disciplinas na formação dos estudantes, a UFAM está tentando fazer isso também então a gente está tentando atuar um pouco na formação das pessoas.

**Fonte:** Elaborado por Maria Raquel Silva, Pesquisa de Campo, 2018 e 2019.

Na somatória de todos os avanços alcançados pela Rede enfrentamento à violência obstétrica, é relevante destacar que o Humaniza Coletivo feminista, o MPF e a SUSAM, foram as principais instituições que estiveram na linha de frente do enfrentamento à violência obstétrica desde os primórdios da discussão sobre a temática na cidade de Manaus e, verificamos o trabalho desenvolvido por essas entidades propiciou um conjunto de avanços que foram significativos principalmente para promover a visibilidade, propiciar a discussão da violência obstétrica bem como para traçar estratégias de ações pelos diversos segmentos sociais e jurídicos.

Verificamos que outras instituições também tem avançado no cumprimento de suas atribuições, conforme a publicação do Humaniza Coletivo Feminista sobre o enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas, o movimento feminista que pauta o debate sobre a humanização do parto no Estado considera que no cumprimento do acordo, as instituições signatárias do Termo de cooperação, implementaram diversas medidas que impulsionaram melhorias no serviço.

Outro avanço de destaque é o da Universidade Federal do Amazonas pelas ações efetivadas como Minicurso sobre violência obstétrica, Biblioteca Humana atividade socioeducativa em que permitiu a comunidade acadêmica, ouvir as mulheres que sofreram violência obstétrica, além de pesquisas científicas em andamento na universidade e a criação da disciplina Gênero e Cuidado em Saúde do curso de Psicologia e mais recente a disciplina Saúde da Mulher pelos cursos de enfermagem e medicina.

Em 2018, o Comitê Estadual de Combate à Violência Obstétrica abriu os 21 dias de ativismo pelo fim da violência contra a mulher realizando caminhadas, rodas de conversas e

aula magna com a presença de Maíra Takemoto, contribuindo para trazer a temática para mais próximo da população, promover a visibilidade dessa problemática social e também para tornar evidente a existência do enfrentamento à essa violência no Estado do Amazonas.

Nesse mesmo ano, o trabalho do comitê e as situações caracterizadas como violência obstétrica começaram ganhar maior notoriedade na mídia local e nacional, a exemplo disso foi a divulgação do registro de 30 denúncias de violência obstétrica pela Defensoria Pública do Estado do Amazonas.

Em novembro de 2018 o MPF e o MP/AM, ingressaram em uma ação civil pública contra o Estado e a União para afirmar medidas de combate à violência obstétrica, garantindo o direito humanos das mulheres previsto na legislação brasileira. Na ação, o MPF e o MP/AM solicitam ao Estado do Amazonas a inclusão nos contratos dos profissionais de saúde que trabalham em maternidades, cláusulas claras e específicas quanto à atualização profissional e à observância das normas técnicas definidas como diretrizes para a atenção a parturiente e a abortante no Sistema Único de Saúde (SUS). A ação contém ainda pedido para que sejam disponibilizados às usuárias do sistema canais efetivos para denúncias e que as apurações de eventuais casos de violência obstétrica formalizados pela Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM) sejam finalizadas em tempo oportuno.

Destaque-se que Brasil também é signatário de tratados internacionais sobre direitos humanos, e a Constituição de 1988, considerada a Constituição mais democrática, permitiu que os acordos estabelecidos nos tratados estejam vinculados ao ordenamento jurídico brasileiro. Além do mais, o reconhecimento dos direitos humanos fundamentais e os direitos sociais, dentre esses à saúde, impõe ao Estado um conjunto de obrigações, cujo dever é adotar medidas e pôr em prática ações para a promoção e proteção dos direitos (MAUÉS; WELY, 2007).

No conjunto de deveres do Estado para com os direitos humanos, um dos principais é que o Estado e as pessoas que o representam, devem abster-se de atos que violem os direitos humanos (MAUÉS; WELY, 2007). Na atualidade as ações e serviços que visam promover e proteger os direitos humanos estão preconizados em legislações e políticas públicas.

A política pública específica que versa sobre a atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido, denomina-se Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, sobre se a implementação dessa política tem sido efetiva na cidade de Manaus, verificamos com os sujeitos entrevistados, as respostas seguintes:

**Quadro 15** – Opinião sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Representante do Coletivo Feminista Humaniza	Não. Parcialmente, algumas coisas não são.
Representante do MPF	Não. Eu acho que a resistência vem dos profissionais de atenderem, e a gente ainda tem muitas deficiências estruturais também assim pra isso a gente tem processos em curso e tudo mais, mas eu acho que essa resistência de capacitação dos profissionais ela faz muita diferença, porque como eu falei mais cedo né as mulheres sentem muito mais o tratamento que elas recebem do que a própria estrutura da unidade. A humanização está muito mais nisso do que nos instrumentos que ela tem acesso etc.
Representante da SUSAM	Olha só a gente tem uma série de problemas, a gente tem uma baixíssima cobertura de pré-natal e isso tem uma relação direta com a atenção obstétrica. A gente dificuldade de articulação dos serviços na rede, a gente tem a resistência dos profissionais pra mudança de modelo, a gente tem resistência do profissional para o parto de risco habitual ser realizado pelo enfermeiro obstetra, por exemplo. A gente tem bastante, mais no geral a gente tem dificuldade em reduzir a taxa de cesariana, a gente tem uma série de dificuldades e todas elas fazem parte do processo de implementação de política.

**Fonte:** Pesquisa de Campo, 2018 e 2019.

Nos discursos das representantes, é evidente a afirmação negativa sobre a implementação da política ao citar também as dificuldades estruturais que tem relação direta com a precarização vigente do Sistema Único de Saúde, cuja a realidade é nacional e não somente da cidade de Manaus. Além de outras dificuldades mais específicas relacionadas com a articulação dos serviços da rede de atendimento do SUS e com a prática profissional devido a resistência a atualizações, as mudanças de práticas na assistência ao parto e a mudança no modelo de assistência ao parto.

Em face a esse conjunto de dificuldades ainda existe a pouca divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e o conseqüente desconhecimento do teor da política pelos profissionais de saúde e pelas mulheres, fato esse que impulsionou tanto as legislações estaduais aprovadas que versam sobre a violência obstétrica introduzirem no corpos a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, conhecimento necessário para o entendimento de que a humanização não é restrita à luta do movimento de mulheres, mas é um

instrumento legal estabelecido pelo Ministério da Saúde que retrata as boas práticas, ações e procedimentos a serem adotados na assistência ao parto, bem como os direitos das mulheres.

Na operacionalização das políticas e programas que versam sobre a assistência à saúde da mulher e da criança desde o pré-natal até o pós-parto, existe a rede cegonha que no município é gerida pela SUSAM, pela responsabilidade que a Rede assume, nos instigou a saber sobre se a Rede cegonha tem sido implementada de forma efetiva na cidade de Manaus, obtivemos as seguintes respostas:

**Quadro 16 – Opinião sobre a implementação da Rede Cegonha.**

Representante do Coletivo Feminista Humaniza	Sim. A implementação da Rede Cegonha no que tange a Humanização. Mas não há uma continuidade.
Representante do MPF	Olha eu acho que toda e qualquer política pública que seja implementada, sem observar essas questões do direito da mulher, sem considerar a questão do gênero e do tratamento humanizado ela não está sendo efetiva. Então a gente tem no Estado, por exemplo muitas maternidades que são amigas da criança e em todas elas a gente tem violação dos direitos da mulher.
Representante da SUSAM	Ela vem sendo implementada, então a gente tem muita coisa pra fazer, mas a gente avançou muita coisa em relação ao que era antes.

**Fonte:** Pesquisa de Campo, 2018 e 2019.

Os discursos apresentados demonstram que a Rede Cegonha tem sido implementada e tem sido efetiva, ou seja tem realmente funcionado e tem produzido resultados no que tange a humanização comparado a realidade anterior das maternidades de Manaus, mas ainda é preciso avançar muito considerando a questão de gênero, os direitos da mulher e enfatizando o atendimento humanizado a mulher e a criança, até mesmo para que as maternidades façam jus ao título de hospital amigo da criança.

### **3.3 A ação do movimento de mulheres no enfrentamento da violência obstétrica**

Pensar a organização do movimento de mulheres na perspectiva do enfrentamento à violência obstétrica implica estabelecer conexões com o Movimento pela Humanização do Parto no Brasil que, por sua vez, possui parte de suas ideias entrelaçadas ao feminismo

principalmente as relacionadas à autonomia e à luta pela efetivação dos direitos humanos das mulheres.

A concepção de feminismo definido por Nogueira (2001) diz respeito ao movimento social cuja finalidade é a equiparação dos gêneros masculino e feminino, também refere-se ao exercício dos direitos cívicos e políticos. Para Torres (2005) trata-se de uma estrutura de consciência, uma perspectiva, uma ontologia de gênero.

O entrecruzamento com essa influência ocorre porque no período de sua emergência, na década de 1980, a sociedade brasileira vivenciava o período considerado pelos movimentos feministas como a segunda onda do Feminismo com início no pós-64, nessa época o pensamento de luta pelos direitos tornou-se abrangente e global, envolvendo a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos<sup>27</sup>.

Historicamente desde as décadas de 1980 e 1990, estimulados por uma parte dos movimentos feministas, alguns profissionais da saúde conscientes e adeptos na defesa dos direitos humanos e reprodutivos, tem promovido a discussão sobre a violência obstétrica nos serviços de saúde, assim como formas de enfrentá-la. Somente na década de 1990 com intensificação em 2000 que o tema ganha destaque nacional inclusive no campo científico no Brasil (SENA; TESSER, 2017).

A institucionalização do movimento pela humanização do parto, ocorreu em 1993, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), sua meta abordava o incentivo a redução de intervenções medicamentosas e tecnológicas rotineiras, embasado na visão biologizante do parto como um acontecimento natural e fisiológico. Para REHUNA a relação interpessoal é elemento primordial na assistência, ainda defende que os princípios para o parto humanizado são: protagonismo feminino, valorização do vínculo entre o binômio mãe e bebê e o compromisso com a medicina baseada em evidências (HIRSCH, 2015).

O reconhecimento do papel da REHUNA aconteceu por meio da carta de sua fundação a chamada Carta de Campinas, a qual representou a formalização das denúncias dos casos de violência na assistência ao parto, caracterizados como atos constrangedores marcados por intervenções desnecessárias e violentas, que transformava a experiência do parto em uma vivência aterrorizante par as mulheres (SENA; TESSER, 2017).

---

<sup>27</sup> A queima de sutiãs foi um dos principais protestos que simbolizou a luta das mulheres em torno da sua liberdade e liberação sexual. A pílula anticoncepcional surgiu para permitir às mulheres liberdade sexual, associada à autonomia na escolha de ter ou não filhos.

No decorrer dos anos, o movimento pela humanização do parto e do nascimento, respaldado pelo conjunto de recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre as boas práticas adequadas ao parto, expandiu-se e obteve reconhecimento. A passos lentos e através do empoderamento feminino, os membros da REHUNA começaram a ter acesso às instâncias governamentais o que contribuiu para o desenvolvimento de políticas públicas, impulsionando resultados significativos para que mulheres de camadas populares, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), pois não tardou muito para que estas mulheres passassem a dar à luz em unidades públicas de saúde identificadas como humanizadas (HIRSCH, 2015).

O desdobramento do movimento pela humanização do parto no Brasil aconteceu de forma descentralizada, por meio de diversas iniciativas em distintos Estados brasileiros, todas focadas em modificar a assistência ao parto por meio da humanização do atendimento. Foi sob esses moldes que constituiu-se o Movimento de Humanização do Parto no Estado do Amazonas, hoje conhecido como Humaniza Coletivo Feminista, o qual por meio do protagonismo feminino trouxe voz as mulheres, fazendo ecoar as reivindicações por respostas frente a ocorrência dos casos de violência obstétrica no Amazonas.

**Figura 13** – Movimento de Humanização do Parto e Nascimento do Amazonas.



**Fonte:** Página Humaniza Coletivo Feminista, 2018.

Dentre as mulheres que narraram os casos vivenciados de violência obstétrica, durante a primeira audiência, há o relato da primeira mulher que após ter sofrido uma situação de violência obstétrica em maternidade privada, se empoderou sobre o assunto e passou a registrar

a denúncia. Iniciou um processo de luta, engajamento e resistência nessa causa até conseguir formalizar não somente a sua denúncia, mas a primeira denúncia coletiva de violência obstétrica, contribuindo para a instauração do primeiro inquérito civil sobre violência obstétrica no Estado do Amazonas que ainda encontra-se em andamento.

Em seu relato ao MPF consta:

Eu sofri violência obstétrica no dia que minha filha nasceu, em uma maternidade particular daqui de Manaus. Eu estava com 37 semanas quando passei mal com dor de cabeça forte e sensação de que tinha um cisco no meu olho, mas olhei e não tinha nada. Fui na maternidade pensando em passar na emergência, aferir pressão, talvez tomar um remédio e voltar pra casa, mas não foi assim. Ao chegar na maternidade, passei com um clínico minha pressão estava 14/9 e fui encaminhada para o centro de obstetrícia. A plantonista nem olhou pra mim e já foi falando para o meu marido: o senhor tem que sair agora, não era nem pra ter vindo aqui. O hospital não permite homem para preservar a privacidade das mulheres. Detestei desde o primeiro momento, eu era a única gestante naquela sala, mas não questionei, ela se despediu de mim e saiu. Antes de ser colocada na sala de observação a médica pegou a minha filha e começou a reclamar, do meu plano de saúde, pegou o telefone e ligou para alguém de outro setor e disse: Dá uma olhada nesses dados e vê se é um daqueles planos cheios de carência, se for já sei que vou ter problema com essa daqui. Algum tempo depois veio uma mulher e disse: ela não pode ficar o plano ainda está na carência e ninguém pode fazer nada por ela, o marido está tentando conseguir dinheiro mais acho que não vai conseguir, vamos preparar para transferir. A médica disse que não autorizava transferência, disse se ela sair daqui vai acabar entrando em convulsão na ambulância e eu não quero ninguém me cobrando por isso. Não autorizo, deixa ela aí, eu entrego o plantão, mas não faço a transferência, o próximo que pegar decide o que vai ser feito com ela. A mulher ainda tentou convencê-la, não lembro de tudo que foi dito, mas lembro de quando a médica falou: Isso não é problema meu, a culpa é do pessoal da recepção que deixou ela entrar nesse estado. Comecei a sentir medo, ficar nervosa e angustiada e continuou aquela discussão não podia nem fazer uma ultrassom porque não sabia se o plano permitia. Durante esse tempo a médica fazia comentários desagradáveis pra mim, falando do tamanho da minha barriga era muito pequena, disse isso não é barriga de 37 semanas, seu filho está desnutrido, mas mãe adolescente é assim mesmo, fica sem comer e nem pensa que pode matar o filho de fome, disse que se ela fizesse o parto aquilo iria virar moda é o que todo mundo quer, chegar aqui passando mal e ganhar um parto de graça, mas eu não vou perder meu salário por isso. Me senti muito mal com aqueles comentários, mas não respondi nada, ela desconfiava de pré-eclâmpsia, mas achou estranho eu não estar inchada, pediu um exame de sangue e continuou esperando alguém entrar em contato com o diretor pra dar uma ordem sobre o que seria feito comigo. Uma enfermeira vinha aferir minha pressão e monitorar os batimentos da Paulinha de tempos em tempos. Mesmo sendo medicada a minha pressão continuava a subir e aquele mal-estar só aumentava. Acho que nunca senti tanto medo quanto naquele dia, pensei que não iria mais sair de lá e que ia perder minha pequena, ela estava agitada e eu ficava mais nervosa ainda. A enfermeira aferiu a pressão outra vez e chamou a médica que já estava com o resultado do exame e disse: vou ter que tirar a criança porque senão as duas vão morrer, ela já está em sofrimento, não dá mais pra estabilizar a pressão e vamos ter que interromper a gestação por aqui. A partir daquele momento era como se eu não estivesse mais lá, senti um desespero, um medo tão grande porque estava só, que entrei no automático não falava, não questionava, não recusava nada apenas fazia o que me falavam. Por dentro tinha vontade de chorar, gritar, pensei em fugir de lá, queria uma explicação, um parto natural, pedir pra falar com meu marido, mas não me sentia vontade pra falar com ninguém da equipe. Fui trocar de roupa, colocaram sonda, a enfermeira aplicou sulfato de magnésio e eu fui pro centro cirúrgico,

eu senti medo frio, vergonha, me senti exposta e abandonada, não fazia ideia de onde estava meu marido, não sabia o que iria acontecer comigo e com a Paulinha, não sabia se veria minha pequena e nem se sairia de lá com ela. Tudo foi tão rápido, exatamente como eu temia, eu sozinha num hospital, longe do meu marido, com uma médica ríspida que não me passava segurança, só aumentava o meu medo, exposta na frente de pessoas que nunca tinha visto. Aplicaram anestesia, a enfermeira me ajudou a deitar e tudo começou. Levantaram aquele pano, amarraram os meus braços, e tudo começou. Fiquei com medo que machucassem a Paulinha, nós estávamos sozinha e eu nem podia ver o que iria acontecer. E os comentários da médica continuaram: na próxima reunião com a direção eu vou reclamar, não tá certo, quem vai pagar essa conta, não sou paga pra fazer caridade para grávida. Aposto que esse aqui vai ser PIG e vai pra incubadora, senti quando jorrou o líquido, continuaram mexendo e eu podia sentir que faziam uma pressão enorme, eu tive falta de ar, a mesa balançava muito, até que tiraram a Paulinha e eu pude vê-la de longe, tão pequena, ela nem chorou, só resmungou, ouvi quando a médica disse: PIG, eu nunca erro. Pedi pra vê-la de perto, a pediatra trouxe, mas não pude tocá-la porque meus braços estavam amarrados e ela foi levada e eu tive medo que fizesse algo de ruim com ela. Enquanto me costuravam eu falei pra médica que não enxergava mais nada do lado esquerdo, ela disse que isso era comum e depois de alguns dias voltaria ao normal quando a minha pressão ficasse estável, no pós-parto nenhum obstetra foi avaliar o meu caso, mesmo eu pedindo, a profissional me disse que precisa ver outras pacientes e voltaria a tarde, mas não retornou. Durante semanas pós-parto fiquei na expectativa de acordar e ter a visão do lado esquerdo de volta, mas isso não aconteceu, já fui em três oftalmologistas e soube que por causa do aumento da pressão eu sofri uma atrofia nos nervos ópticos e não tem reversão. (Amarílis, 27 anos, entrevista, 2018).

O relato de Amarílis é travejado de dor e sofrimento no momento do parto por meio da violência simbólica, moral, psicológica, física vivenciada e também pela negação do direito de não poder ter um acompanhante, violências essas classificadas internacionalmente como violência obstétrica.

Para entender a violência obstétrica é preciso dizer que é a partir das relações desiguais entre os gêneros que se constitui a violência de gênero que também explica a face perversa da violência obstétrica. A violência obstétrica pode ser interpretada como “[...] uma categoria de violência mais abrangente [...]. Violência de gênero ocorre normalmente no sentido homem contra mulher, mas pode ser perpetrada, também, por um homem contra outro homem ou por uma mulher contra outra mulher” (SAFFIOTI, 2004, p. 55).

Com relação a violência obstétrica, muitas das profissionais mulheres inseridas neste modelo assistencial biomédico cumprem os mesmos procedimentos que estão enraizados nas desigualdades de gênero e relações de poder, neste caso, o poder do discurso e prática médica sobre os corpos das mulheres (DINIZ, 2002).

No relato de Amarílis verificamos que a violência parte da relação desigual de gênero de uma profissional mulher contra uma paciente mulher. E a violência de gênero reflete as relações de poder, que convertida na violência obstétrica percebemos a manutenção de poder e

controle sobre o outro. Somado ao conhecimento de que a violência é também utilizada como prática educativa para domesticar os corpos, como diria Foucault são os corpos disciplinados, então é preciso usar de uma violência para dominar o outro e discipliná-lo. A partir desse pressuposto, a violência obstétrica não é só uma violação dos direitos humanos ou a violação dos direitos sexuais e reprodutivos, mas é anulação do outro enquanto sujeito de direito e também a anulação de sua subjetividade, quando a mulher é impedida mesmo que indiretamente de dialogar, de expressar sua vontade ou de opinar sobre algo que esteja relacionado a sua vida ou ao seu bem estar físico, social e mental.

Não obstante, sua condição de cliente e portadora de um plano de saúde com o prazo de carência em vigência, está preconizado na Lei que regulamenta os Planos de Saúde, Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998, que em casos de urgência ou emergência há um afastamento da incidência da cláusula que prevê a carência, conforme o disposto no art. 12, § 2º, inciso I, da referida lei, temos:

§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos: I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. § 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.

Assim, constatamos que Amarílis tinha o direito assegurado por lei de ser atendida e ter seu parto realizado, sem precisar passar juntamente com seu companheiro por constrangimentos por motivo de plano de saúde, fato que poderia até ser resolvido sem a gestante precisar presenciar. Amarílis além de cliente adentrou a maternidade na condição de gestante, cuja condição requeria atendimento digno e respeitoso, pois não se tratava de caridade a ser feita por ela, pelo contrário, enquanto ser humano merecia ter seus direitos humanos respeitados.

Amarílis sofreu violência no seu momento de maior vulnerabilidade humana, não somente pela sua condição de parturiente, mas por estar sozinha sem acompanhante vivenciando dor, abusos, constrangimentos os quais provocaram mal-estar e tornaram sua experiência da parto negativa nessa maternidade. Houve violação dos seus direitos humanos em decorrência de diversos níveis de violências vivenciada, até o fato de ter seus braços amarrados dificultando o primeiro contato com sua filha após o nascimento. E pode ser muito provável que a violência simbólica, moral e psicológica, vivenciada pela gestante tenha

colaborado para o aumento de sua pressão arterial, culminando no agravamento do estado de saúde da mulher e perda irreversível de sua visão.

As diversas formas de violência contra a mulher considerada o mal do século<sup>28</sup> em pleno século XXI, tem atingindo a alma, a vida social, familiar e profissional das mulheres no mundo.

Mas foi por meio da violência sofrida por Amarílis, que após alguns meses, depois de ter contado a sua família o que lhe aconteceu, ter lido artigos que abordavam a violência no parto e após ter procurado informações junto ao Ministério Público do Estado do Amazonas sobre como denunciar, obteve a informação de que o Ministério Público não registrava denúncias dessa natureza, mas que era possível abrir um inquérito civil sobre violência ocorrida no parto se houvesse mais vítimas.

Foi a partir desse momento que Amarílis motivada por seu desejo de justiça despertou o seu protagonismo feminino, o qual não só colaborou para a visibilidade dos casos de violência obstétrica na primeira audiência, como contribuiu para a organização coletiva de mulheres vítimas de violência de obstétrica, por meio de grupos que discutiam questões relacionadas ao parto, os quais formaram o Movimento de Humanização do Parto no Amazonas, atualmente conhecido como Humaniza Coletivo Feminista que não mediu esforço em se aprofundar nas políticas sociais atreladas ao parto, as teorias, as legislações e normas do Ministério da Saúde.

Todas as ações erguidas com o esforço e empenho de Amarílis estão vinculadas ao exercício da cidadania da mulher enquanto cidadã e agora conhecedora dos seus direitos. De acordo com Faleiros (2011, p. 60-61),

A cidadania se constitui no exercício de direitos civis, políticos, sociais, éticos, construídos historicamente, que fazem com que os indivíduos sejam reconhecidos como membros ativos de uma determinada sociedade, podendo exigir dela os seus direitos, ao mesmo tempo que ela lhe exige determinados deveres comuns. Os deveres do Estado são, por sua vez, direitos do cidadão.

É importante salientar que foi no conjunto do empoderamento, exercício de cidadania e do protagonismo feminino que Gabriela Repolho de Andrade, a Amarílis nome fictício de flor que adotamos para nos referir a mesma, tornou-se uma cidadã de referência no enfrentamento à violência a obstétrica no Estado do Amazonas, e alguns jornais mencionam até como um símbolo de luta contra essa forma de violência. O Humaniza coletivo feminista teve sua

---

<sup>28</sup> Ver PONTES, Kelem Rodrigues de Melo, 2017.

fundação em 2015, atualmente possui 4 anos de atuação no combate à violência obstétrica no Estado do Amazonas, no entanto, somente em 2017 assumiram-se como Coletivo Feminista, no que diz respeito a vertente feminista ainda não definiram, pois consideram que ainda estão em processo de amadurecimento teórico e intelectual.

**Figura 14** – Fotografia das componentes do Humaniza Coletivo Feminista



**Fonte:** Página Humaniza Coletivo Feminista, 2018.

O coletivo feminista possui como bandeiras de luta “a autonomia da mulher, o cumprimento da legislação vigente, a ética e a erradicação de qualquer espécie de violência, mais especificamente a obstétrica” (Representante do Humaniza, entrevista, 2019).

Isto porque a noção de humanização é marca do Movimento de Humanização do Parto no Brasil e está vinculado a lógica de defesa da autonomia. Conforme Serruya (2004, p. 275), a proposta de humanização é, sobretudo, “o reconhecimento da autonomia da mulher enquanto ser humano e da real necessidade de tratar este momento com boas práticas baseadas em evidências científicas que possibilitem aumentar a segurança e o bem-estar” da mulher e da criança, respeitando principalmente as escolhas da parturiente.

O Humaniza Coletivo Feminista, deixa evidente essa perspectiva na fala sobre a conceituação de violência obstétrica. Vejamos: “violência obstétrica é sobretudo a perda da autonomia da mulher, a retirada dessa autonomia da mulher, a violação da legislação vigente, a falta de infraestrutura, a medicalização do parto, a patologização do parto, mas principalmente essa perda da autonomia da mulher” (entrevista, 2019).

Assim, percebemos o reconhecimento do coletivo sobre outros problemas na assistência ao parto, o que é relevante, mas a ênfase está na autonomia das mulheres isto porque se considera o parto como evento biopsicossocial em que a mulher deve ser protagonista desse momento e o médico deve auxiliar, apoiar, analisar a condição da saúde e intervir quando necessário.

O Humaniza Coletivo Feminista, possui logotipo próprio em que consta o símbolo do feminismo e na parte interior desse símbolo situa-se uma mulher gestante que carrega consigo, além do filho em seu ventre, uma espada e a balança do direito, cuja representação significa: a luta pela efetivação dos direitos da mulher gestante, que também se torna parturiente e puérpera e também a luta pela humanização no parto.

**Figura 15** – Participantes do Humaniza com sua Bandeira de Luta.



Fonte: Página Humaniza Coletivo Feminista, 2018.

Destaque-se que a constituição do Humaniza Coletivo Feminista no Amazonas comunga do mesmo pensamento que o movimento contra a violência obstétrica no Brasil, sendo considerado como “um movimento em prol da humanização do parto e nascimento”, cuja a ideologia baseia-se no “reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com ênfase no respeito aos seus direitos humanos e no reconhecimento dos direitos reprodutivos” (SENA; TESSER, 2017, p.209-210).

No que se trata das ações do movimento no enfrentamento a violência obstétrica, a representante do humaniza, se pronuncia nos seguintes termos:

A humaniza faz divulgação do tema nas unidades de saúde e universidades, palestras, rodas de conversas, entrega de panfleto na rua, nos lugares onde a gente vai, unidades de saúde e universidades. A gente também tem um papel importantíssimo como apoio

técnico especializado para os órgãos jurídicos do Estado, então muitas vezes a Defensoria Pública do Estado, ou os Ministérios Públicos tanto federal quanto o estadual, muitas vezes nos pede um apoio técnico sobre questões mais profundas que a gente acaba sabendo um pouquinho mais, porque a gente está só com esse tema, então a gente se aprofunda bastante. Além desse apoio técnico, a gente ajuda as mulheres a denunciarem então a gente é um canal de denúncia também. Então a gente faz a parte de educação em saúde, que é palestra, divulgação do tema, que é divulgação e compartilhamento nas redes também, não só para comunidade em geral, mas para os profissionais de saúde também, a gente tem tido essas conversas essas palestras, agente faz esse apoio técnico especializado quando esses órgãos jurídicos nos solicitam e a gente também é um canal de denúncia (entrevista, 2019)

É notável o empoderamento, o engajamento e a atuação aguerrida do coletivo para o combate à violência obstétrica, que fez brotar como fruto de seu esforço e empenho as audiências e debates que trouxeram a discussão do tema na cidade de Manaus, e concomitantemente a formação da atual Rede de enfrentamento à violência obstétrica materializada com a criação e empenho do Comitê de combate à violência obstétrica.

No conjunto das atividades executadas pelo Humaniza, é relevante e admirável todas as ações e assessoria aos órgãos públicos, assim como as atividades desenvolvidas em educação em saúde pelo coletivo feminista, é perceptível o engajamento do movimento bem como as medidas tomadas na prevenção e no enfrentamento a violência obstétrica, pois o movimento social tem um papel importante na cobrança de ações e fiscalizações do Estado. Mas é importante alertar que coletivo precisa ter cautela em suas ações, pois ao realizar atividades educativas nos serviços de saúde, o coletivo assume uma responsabilidade que não é sua e sim do Estado, dessa forma incorre ao risco de estar fazendo parte, mesmo que indiretamente, da refilantropização social do Estado, isso não significa que o coletivo não possa suscitar, propor ou cobrar que temas como violência obstétrica, humanização, direitos da mulher e outras temáticas sejam abordadas no trabalho em educação em saúde.

Assim, faz-se necessário que se delegue à SUSAM e a SEMSA a responsabilidade pelas atividades educativas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e maternidades conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, isto poderia ser uma estratégia para promover e até pressionar a capacitação e atualização profissional sobre as evidências científicas, bem como a abordagem dos direitos humanos da gestante e parturientes com os profissionais de saúde e com as usuárias, talvez assim se force as mudanças que há anos deveria estar acontecendo.

Uma estratégia que unificaria todo esse trabalho seria capacitar profissionais para melhoria do Projeto Apice on no Instituto da Mulher Dona Lindu que já realiza a discussão sobre a violência obstétrica e a humanização do parto e difundir essa discussão e proposta de adesão ao referido projeto em outras maternidades do Estado do Amazonas. Essa estratégia poderia vir a ser repensada tanto pela SUSAM quanto pelo Instituto da Mulher ou pelo Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica, o qual o Humaniza faz parte. E a partir disso o Humaniza enquanto movimento social teria mais embasamento para cobrar a efetividade da humanização nas maternidades do Estado.

A organização e luta do Humaniza para o reconhecimento dos casos de violências obstétrica praticados contra a mulher na cidade de Manaus, ultrapassou a instância estadual, em face a resistência conclamada pelo não reconhecimento da terminologia violência obstétrica foi necessário acionar órgãos públicos de saúde nacionais.

Sobre esse assunto a representante do Humaniza chegou a relatar o seguinte:

Teve um ano, pela humaniza mesmo, que mandamos casos para o Ministério da Saúde, para secretaria geral de atenção à saúde lá em Brasília, a gente mandou para ouvidoria geral do SUS, caso a caso a gente mandou, a gente mandou para o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Federal de Enfermagem, tudo lá em Brasília, tipo assim era o último âmbito que poderíamos mandar, era o último órgão para pedir socorro administrativamente, então uma vitória que a gente teve nessa questão de pensar a hierarquia superior, é que por exemplo até a gente mandar essa documentação, o CRM daqui nunca tinha aberto uma sindicância, eles nem se quer abrem sindicância, aí eles vão deixando dentro da gaveta, quando chegou no CFM o CRM mandou eles abrir os casos que a gente pediu, também pra nada porque abriram e arquivaram todos, só um caso que até hoje não está arquivado, só um dos mais de 20 que a gente mandou (entrevista, 2019).

A luta das mulheres pela judicialização dos casos de violência obstétrica foi a princípio desafiador em face as resistências em que está imbuída as relações de poder. Foucault (1979, p. 248) afirma que “não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem inversão eventual; toda relação de poder implica, uma estratégia de luta”.

Apesar da vitória que não deixou de ser uma conquista impulsionada pelo coletivo, o impacto foi mínimo, porque ao mesmo passo que o CRM abriu também arquivou a maioria dos casos enviados. Nessa situação está imbuída a resistência da categoria dos profissionais médicos, proveniente da não aceitação e da repulsa ao termo violência obstétrica, situação constatada no debate realizado na OAB sobre violência obstétrica.

Nessa ocasião, percebemos a resistência dos profissionais médicos, o CRM e a categoria de médicos obstetras estiveram presentes, representados e ao proferir discurso de defesa, não aceitaram assinar o termo de cooperação técnica de combate à violência obstétrica. Impuseram que só aceitariam assinar, se houvesse a mudança da nomenclatura violência obstétrica para violência no ciclo gravídico puerperal, o que não foi possível por duas razões: primeiro porque houve falas desconexas do tema, com cariz autoritário travejado de machismo, misoginia, intolerância a luta das mulheres por discutirem violência no parto e desrespeito para com o profissional da Venezuela criador do termo violência obstétrica; segundo porque a nomenclatura não é uma invenção das mulheres de Manaus e sim uma terminologia reconhecida e discutida internacionalmente.

Essa situação de resistência da categoria representa um dos maiores entraves para a judicialização da violência obstétrica, porque enquanto não houver profissionais que estudem, que entendam e que tenham um olhar humanístico sobre o parto para tratar dos casos de violência obstétrica, tanto no campo da saúde quanto na área socio jurídica fica difícil uma judicialização e resolutividade justa.

Sobre aos trâmites das denúncias de violência obstétrica, o Humaniza tem sido desde 2015, um canal de denúncias, sempre que recebe denúncias, repassa ao MPF porque o inquérito civil público é do MPF. Mas, cada caso é analisado individualmente, dependendo do caso quando necessário são acionados o MP/AM e a Defensoria Pública do Estado do Amazonas. Geralmente o MPF como órgão fiscalizador faz esse trabalho de análise e encaminhamento das denúncias para os órgãos competentes, a exemplo para SUSAM, quando é necessário que se abra sindicância, o órgão encaminha ao CRM, ao COREM e a maternidade a depender do tipo de denúncia.

Quando a mulher denunciante decide enviar sua denúncia apenas para o MPF e não prosseguir com o caso na justiça, “a denúncia passa a pertencer ao inquérito civil que está olhando para todos os casos de violência obstétrica no Estado do Amazonas, que atualmente já ultrapassa a 70 denúncias” (Raquel Geber, 2019).

Essa decisão está relacionada com o tempo da ocorrência dos casos, porque antes da violência obstétrica ganhar notoriedade e ser discutido em audiências, esses tipos de violência contra a mulher gestante e parturiente já acontecia e era uma violência velada, então as denúncias enviadas para o MPF sem a necessidade de instaurar processo judicial, podem vir a

contribuir apenas para quantificação e para embasar documentos que tenham objetivo de implantar ou mudar alguma política pública no Estado do Amazonas.

Quando se trata dos casos em que a mulher manifesta vontade de entrar na justiça contra o médico ou contra a maternidade, as denúncias são encaminhadas para Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE/AM), conforme a representante do Humaniza:

Atualmente dentro do DPE tem um núcleo de violência obstétrica, existe uma defensora muito parceira nossa e lá ela trabalhou o núcleo interno, então hoje as pessoas que estão sendo encaminhadas para lá são atendidas diretamente por lá, eu encaminho e elas mesmo já ligam para denunciante e já vão atender, então está sendo tratada dentro da DPE como núcleo de violência obstétrica e dentro desse núcleo, o que foi um ganho pra nós também, se começa o processo judicial que aí leva anos.

A implantação de um núcleo de violência obstétrica dentro da DPE/AM, representa um grande avanço para judicialização dos casos e também representa uma melhoria para a atendimento à mulher vítima de violência obstétrica resultante do cumprimento do Termo de cooperação técnica por essa instituição.

No que tange ao andamento dos processos judiciais, na pesquisa documental realizada no MPF, observamos que a maioria dos casos não tiveram resolutividade e ainda não foram sentenciados, as respostas observadas de alguns órgãos como CRM foram desfavoráveis à mulher, alegando que não se provou o que foi denunciado, por falta de provas como o prontuário médico ou outros.

O prontuário é definido pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução 1.638/2002, como um conjunto de informações sigilosas que não consiste apenas no registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental organizado e resumido, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente durante sua permanência no hospital (POSSARI, 2005). O Código de Ética Médica no Art.89 preconiza que “é vedado ao médico liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando: 1. Autorizado por escrito pelo paciente, para atender ordem judicial, ou para sua própria defesa”. O médico também é obrigado a fornecer cópia do prontuário médico quando houver sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Quando nos processos judiciais verificamos os prontuários, averiguamos que os escritos são quase ilegíveis e alguns faltam páginas, situação que dificulta o desfecho do processo, principalmente se o advogado ou a defensoria se detém somente aos prontuários como

instrumento de prova, além disso a ilegibilidade de prontuários é ilegal porque contraria a legislação que dispõe sobre como se proceder no preenchimento de prontuários. O próprio Código de Ética Médica estabelece em seu Art. 87 que “é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente”.

Em outros casos averiguamos os desfechos de denúncias em que as respostas dos órgãos, como o Conselho Regional de Medicina (CRM), referiam-se a cessar o processo judicial por falta de prova outros encaminharam as denúncias para sindicância na corregedoria da união. Tendo conhecimento desses casos, a representante do Humaniza esclarece “os órgãos alegam falta de protocolo, mas a mulher não está falando de doença, ela está falando violência psicológica, moral, em que houve constrangimentos, humilhações, difamações, espera para ser atendida, porque ela era gorda ou porque estava gritando” (entrevista, 2019).

Esse argumento de contra defesa dos casos está associado ao modelo de assistência biomédico. Acerca disso Giddens (2008, p.157) afirma que “o modelo biomédico defende que o corpo doente pode ser manipulado, investigado e tratado de forma isolada, sem ter em consideração outros fatores”. Além desse argumento, o autor pondera que no modelo biomédico de saúde, “a ênfase é colocada na cura da doença e não no bem-estar do indivíduo”. Constatamos que nesse modelo, existe a dicotomia entre corpo e espírito e ambos são tratados segmentadamente, é nesse modelo que o indivíduo doente representa para medicina um corpo doente, ou seja, uma patologia e não uma pessoa em sua totalidade.

Então, é sob esses moldes da assistência à saúde que se legitima ideias dominantes, de cunho moralista, machista e sexista, que produzem dificuldade como a apontada pela representante do MPF: “a gente tem a dificuldade no delineamento da violência moral e psicológica como uma violência” (entrevista, 2019). Nessa dificuldade também está presente a subjetividade como uma dimensão intrínseca da vida humana, pouco conhecida por profissionais da área da saúde e do jurídico.

Dos casos averiguados os que apresentam desfechos que recomendam cessar o processo judicial, do nosso ponto de vista esse é o mais preocupante, porque trata-se de maus tratos e violação de direitos humanos em que a pessoa mais prejudicada é a mulher que teve danos. As sequelas ou perdas são grandes envolvendo uma situação de extrema vulnerabilidade humana, posto que o parto em si já é um momento de vulnerabilidade.

Uma situação emblemática para pensar a melhoria da judicialização da violência obstétrica, apresentada na entrevista com a representante consta: “a DPE descobriu que tem uma médica que é sempre chamada para ser perita da justiça e todos os casos que chegaram na justiça ela deu parecer desfavorável para mulher, após isso descobrimos que a médica é sócia da cooperativa dos médicos obstetras do estado do Amazonas” (entrevista, 2019).

Nessa descoberta obscura e assombrosa, mencionada no relato, averiguamos que a violência obstétrica possui uma face oculta e perversa, no recôndito da judicialização. Para além da resistência da categoria médica, existe ações ilegais e um corporativismo desregrado que aponta para uma necessária obrigatoriedade no compromisso com a ética administrativa no judiciário demandando até mesmo a investigação dos antecedentes profissionais antes da convocação dos peritos pela DPE. Além disso é necessário documentar essa responsabilidade por meio de termo de compromisso com a ética e com a transparência na judicialização dos processos.

Sobre as principais formas de enfrentamento a violência obstétrica no Amazonas que precisam ser materializadas, mencionadas pela representante do Humaniza, consta:

eu acho que judicializar todos esses processos é uma forma de enfrentamento, uma forma de enfrentamento é falar, divulgar, palestrar, não incitar o ódio, não incitar a violência, mas você fazer as coisas com responsabilidade sabe e com muito embasamento teórico, outra forma de enfrentamento também é capacitação de profissionais, de mulheres, da população em geral, dos órgãos jurídicos, todo mundo precisa de capacitação.

Note-se que o Humaniza enquanto coletivo feminista faz um formidável e aplaudível ativismo social norteado por princípios contrários ao radicalismo, ao discurso de ódio e a violência, prezando pelo respeito, por um discurso teórico embasado nas evidências científicas. O engajamento e responsabilidade do coletivo no combate à violência obstétrica é enorme principalmente pelo assessoramento aos órgãos públicos e quando executa até mesmo a responsabilidade do município ao desenvolver ações relacionadas com a prevenção da violência obstétrica, por meio das ações educativas em saúde com as gestantes no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde.

Apesar de o Humaniza Coletivo Feminista ainda não ter definido uma vertente feminista, Nogueira (2001) apresenta quatro vertentes teóricas, quais sejam: o feminismo socialista, o feminismo radical, o feminismo liberal, o feminismo cultural.

O Feminismo socialista ou marxista socialista, explicado por Nogueira (2001) interessa-se as questões estruturais, assumem-se os papéis de gênero como resultados do sistema vigente e não como a causa de desigualdade, nessa teoria a posição da mulher em relação ao homem é consequência das pressões do capitalismo, diante dessa premissa entende-se que somente com a superação do capitalismo e com o fim da divisão das classes sociais haveria o rompimento com a subordinação feminina e as mulheres teriam reconhecimento social e passariam a ter os mesmos direitos que os homens ao mercado de trabalho e a educação.

A vertente feminista radical, conforme Nogueira (2001, p. 148) tem como característica principal a luta contra a “supremacia masculina”, nessa vertente acredita-se que a emancipação feminina só seria possível com a “exclusão da cultura masculina” da sociedade, pressupondo a preeminência de uma “cultura feminina livre da masculina”.

Para Nogueira (2001, p.149), o feminismo liberal pode estar associado a pessoas independente de sexo que acreditam que a superação dos problemas relacionado a desigualdade de gênero podem ser solucionados por meio de leis e de campanhas para mudar “as atitudes discriminatórias”. Em nosso ponto de vista, essa é a teoria em que acreditamos que o Humaniza esteja mais próximo teoricamente.

A última vertente apresentada por Nogueira (2001, p.151), é o feminismo cultural em que o gênero está associado na linguagem, pois a diferença e a desigualdade de gênero “surgem da criação de significado cultural e com sua reprodução por meio de formas de linguagem e discurso”.

Ao perguntarmos se na opinião da representante do Humaniza deveria ser sancionada uma Lei específica para o combate da violência obstétrica no Amazonas, obtivemos a resposta seguinte:

Acho que sim, mas não só uma Lei estadual, acho que precisa criminalizar a violência obstétrica em âmbito nacional, porque tem o projeto de lei tramitando, se houvesse essa legislação nacional, não precisaria ter a estadual, enquanto não existe a nacional talvez seria mais fácil ter uma estadual, mas essa nacional agora que não vai sair mesmo, porque o governo Bolsonaro é totalmente oposto ao Jean Willys, eles defendem políticas opostas. Mas quem sabe em âmbito estadual, se a gente elaborar um projeto de lei a gente consiga mais facilmente né, porém o Wilson Lima é da mesma coligação que o Bolsonaro, mas eu não sei de repente a gente conseguiria.

Como citado no discurso a luta pela aprovação do projeto de lei a nível nacional na atual conjuntura política do país chega a ser inviável, mas está em análise na Câmara dos Deputados,

o Projeto de Lei 7633/2014 que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e o neonato durante o ciclo gravídico puerperal e visa combater a violência obstétrica.

Esse projeto de lei retrata acerca dos direitos da mulher durante a gestação e o parto, inclusive nos casos de aborto, além dos direitos do feto e do recém-nascido, assim como dispõe das obrigações dos profissionais de saúde. Entretanto, houve significativos avanços no ano de 2017, período em que dois Estados brasileiros promulgaram legislações referentes ao combate à violência obstétrica<sup>29</sup> que dispõem sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, bem como a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

No Estado do Amazonas, existem duas leis que ainda continuam em trâmite, tem uma que falta só ser sancionada pelo governador e sancionada pelo prefeito, essa é a Lei Municipal é a lei do plano de parto, em que as mulheres terão direito a elaborar seus planos de partos nas unidades básicas de saúde durante o pré natal com a equipe multidisciplinar. E a Lei Estadual em que as maternidades serão obrigadas a receber esse plano de parto e anexar ao prontuário da paciente.

Rohde (2016, p.85) esclarece que,

O plano de parto é um documento no qual a grávida expõe suas preferências relativamente à condução do trabalho de parto e parto e o nascimento do bebê, por exemplo, a possibilidade de se movimentar durante o trabalho de parto e de escolher a posição em que quer parir, bem como os procedimentos que não gostaria de receber, ou o seu bebê, por exemplo, episiotomia, puxos dirigidos, corte imediato do cordão umbilical, entre outros.

Essa é uma proposta relevante para a assistência a mãe e a criança no momento do parto, pois o plano de parto é o meio de permitir que a mulher tenha sua autonomia respeitada, ao estabelecer suas vontades e desejos juntamente com o seu companheiro ou família e para que possa apresentar e discutir com o profissional obstetra que a acompanha no pré-natal, isto consiste em uma estratégia para evitar as intervenções danosas durante o parto e melhorar o atendimento e a experiência do parto.

Recentemente no Estado do Amazonas, precisamente no mês de abril de 2019 o Projeto de Lei 96/2019, de autoria da deputada estadual Alessandra Campêlo, entrou em discussão na Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas. Nesse processo o Humaniza Coletivo

---

<sup>29</sup> Lei Estadual 17.097/2017 em Santa Catarina e Lei nº 4.173/2017 em Rondônia.

Feminista, também foi protagonista, pois a iniciativa surgiu do movimento e nos trâmites para sua aprovação, exerceu contribuição significativa tanto para os ajustes da versão final do Projeto de Lei, quanto pela mobilização necessária durante a votação. O processo para a votação e aprovação foi marcado por resistência de entidades como o Conselho Federal de Medicina, bem como pelo pedido de vista, discussão e reformulação do projeto.

**Figura 16** – Discussão sobre a Lei Estadual de Combate à Violência Obstétrica.



**Fonte:** MPF, site o combate à violência obstétrica no Amazonas, 2019.

Após duas semanas de discussão e esclarecimentos sobre a violência obstétrica, e a Política Nacional de Atenção Obstétrica Neonatal, que demandou alterações no Projeto de Lei 96/2019 que visa atenuar a incidência de violência obstétrica no Estado do Amazonas, foi aprovado na sessão de 10 de abril de 2019 na Assembleia Legislativa do Amazonas.

Este Projeto de Lei institui medidas de proteção contra a violência obstétrica nas maternidades, hospitais e demais unidades da rede pública e privada de saúde do Estado. Além da criação de medidas de proteção contra a violência obstétrica, o projeto tem o caráter educativo, pois defende a divulgação de forma mais permanente da Política Nacional de Violência Obstétrica, mas ainda deve ser sancionado pelo governador do Estado do Amazonas.

Por fim, dever-se reconhecer que a luta das mulheres não foi em vão pelo reconhecimento e respeito aos direitos e pela humanização na assistência ao parto. Ocorreu a aprovação da Lei estadual que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência nas redes públicas e privadas no Estado do Amazonas. Há uma esperança de um vislumbre de novos tempos em que poderá ecoar a humanização nos serviços públicos de saúde, reconhecendo a mulher como geradora de vida e possuidora de direitos intrasferíveis e inalienáveis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é uma agressão aos direitos humanos de gestantes que ocorre no espaço de instituições de saúde pública com expressividade na assistência à saúde da mulher, durante o período de gestação até o pós-parto e em situações de abortamento. Este estudo concentrou-se na violência obstétrica praticada à mulheres na hora do parto.

Essa pesquisa constata que a maioria das denúncias de violência obstétrica praticadas no Instituto da Mulher Dona Lindu, registradas na ouvidoria da maternidade e no Ministério Público Federal, relata situações de violência simbólica, moral, psicológica e física. Este conjunto de violências compõe a chamada violência obstétrica praticada no âmbito do exercício da obstetrícia. A prática de um ou mais atos de violência obstétrica podem ocasionar sequelas físicas, psicológicas na mulher ou na criança e em casos mais extremos pode ocorrer óbito materno ou fetal.

A violência obstétrica é um mal que se apresenta na atualidade como um elemento da cultura do patriarcado que busca associar essa agressão ao mito fundador da humanidade, consignado na figura de Eva, fundamentalmente, a primeira mulher que levou o homem a pecar, por meio do sexo, deve ser castigada, punida, na hora de dar à luz.

A nossa pesquisa constata que esse discurso de violência simbólica e moral faz parte do discurso institucional, relacionando a dor como castigo pelo prazer do ato sexual. Na maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu essa violência é reproduzida por profissionais de distintos níveis de escolaridade e formação profissional.

A violência obstétrica, portanto, está arraigada à cultura organizacional das instituições de saúde do SUS. Os dados de violência obstétrica, obtidos no MPF, revelam as peregrinações das mulheres em busca por atendimento e as longas esperas para o atendimento nas maternidades. Tudo isso ocorre em meio à depreciação da mulher frente ao seu estado de gravidez. Esta situação nem sempre é reconhecida como violência institucional, em razão da norma de que o paciente tem por dever aguardar o atendimento, reforçada pelos profissionais nas instituições de saúde.

A pesquisa mostra que a resistência dos profissionais de saúde em se atualizar e em adotar as novas práticas e procedimentos recomendados pela OMS e pelo Ministério da Saúde é uma realidade no Instituto da Mulher Dona Lindu, difícil de lidar.

A humanização no atendimento às mulheres parturientes no Instituto da Mulher Dona Lindu, ainda não se efetivou, tendo em vista as dificuldades distintas para melhorar o atendimento e a assistência à saúde da mulher. A resistência dos profissionais é o elemento principal que dificulta a humanização.

Averiguamos no Instituto da Mulher Dona Lindu que o trabalho em equipe multiprofissional para conter a violência obstétrica, está focalizado no Projeto Apice On, que realiza ações profissionais coletivas com o intuito de obter algumas mudanças, como o reconhecimento da violência obstétrica por alguns profissionais. O trabalho e empenho da assistente social dentro de sua competência e limite profissional no Projeto Apice On é pioneiro e importante, uma vez que o Serviço Social reconhece a violência obstétrica como violação dos direitos da mulher e da criança e impulsiona o posicionamento e atuação dos demais profissionais frente à essa causa.

Mas ainda falta muito para humanizar os serviços de saúde sob os auspícios dos direitos humanos, principalmente com ações mais efetivas por parte da SUSAM. Torna-se necessário fortalecer os projetos em torno da educação em saúde para funcionarem com mais eficiência, a partir do compromisso de todos os profissionais, principalmente a categoria médica, para isso, é necessário o incentivo por parte da Rede Cegonha e a estratégia é discutir a humanização e as práticas atualizadas na assistência ao parto.

A pesquisa mostrou que o enfrentamento à violência obstétrica no Estado do Amazonas, é estimulada pelo Humaniza Coletivo Feminista junto com outras entidades que compõem o Comitê de enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas. Muitos são os percalços e dificuldades a serem enfrentadas, como a resistência dos profissionais e a judicialização da violência obstétrica que mostra sua face oculta e obscura. Também houve muitos avanços que tornaram possíveis a discussão do tema nas maternidades com o debate ampliado junto à sociedade amazonense. O termo de cooperação de órgãos públicos para enfrentar a violência obstétrica, e por último, o ativismo dos movimentos de mulheres que contribuíram para a aprovação na Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas do Projeto de Lei 96/2019 que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas.

A nossa busca pertinaz consistiu em apontar a existência da violência obstétrica e a manifestação das violências ocorridas por ocasião do parto, dando destaque às mulheres

atendidas no Instituto da Mulher Dona Lindu, em Manaus. É preciso os profissionais de saúde considerarem em seu exercício profissional o contexto sociocultural e a subjetividade das parturientes, sujeitos que precisam ser assistidas em sua integralidade.

Esperamos, por fim, que este trabalho desperte o anseio de outros pesquisadores acerca da violência obstétrica, ocasionada por ocasião do parto, a fim de que possa contribuir para com a organização das entidades que lutam pelos direitos humanos da parturiente.

Finalmente, preciso dizer que este tema e a pesquisa aqui apresentada modificou minha vida, meu modo de ser e estar no mundo da militância de gênero. Exigiu de mim muito esforço para compreender as múltiplas faces da violência obstétrica e a expressão da violência obstétrica como um mal, um vilipêndio contra mulheres que procuram os serviços de saúde para dar à luz a uma criança, um filho.

Como pesquisadora não posso negar que as dificuldades e os desafios foram diversos, grandes e incontáveis, durante o período de vivência do mestrado, sobretudo, na construção do objeto de pesquisa, na realização da entrevista com o profissional médico, em alguns procedimentos burocráticos e na aprovação do comitê de ética, bem como no período que antecedeu o exame de qualificação, mas consegui chegar ao final desse ciclo superando-me e vencendo as dificuldades e os obstáculos do caminho, plantando as sementes da esperança que regado por motivação, fé e muita perseverança tornaram possível a qualificação, concretização da pesquisa, escrita e conclusão da dissertação. Assim, os percalços foram vencidos e a alegria volta a brilhar.

## REFERÊNCIAS

A CRÍTICA, Jornal. **Mulheres do Amazonas submetidas a agressões no parto têm novos canais de denúncia.** 2017. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/gravidas-do-am-submetidas-a-agressoes-no-parto-tem-novos-canais-de-denuncias>. Acesso em: 15 de jun. de 2018.

A CRÍTICA, Jornal. **Terceirizados da Saúde no AM protestam na sede do governo contra salários atrasados.** 2018. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/manaus/news/terceirizados-da-saude-no-am-protestam-na-sede-do-governo-contrasalarios-atrasados>. Acesso em: 01 de mai. de 2019.

A CRÍTICA, Jornal. **Terceirizados da Saúde fecham avenida em protesto contra atraso de salários.** 2019. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/manaus/news/terceirizados-da-saude-fecham-avenida-em-protesto-contrasalarios>. Acesso em: 01 de mai. de 2019.

AGUIAR, Janaina Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese de (Doutorado, Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, (2010).

AGUIAR, JM, D'Oliveira. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.** Interface (Botucatu). 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010.pdf> Acesso em: 14 de jun. de 2019.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica: a dor que cala.** In: III SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, ISSN 2177-8248, 2014, Paraná, **Anais [...]** Universidade Federal de Londrina: Paraná, 2014.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, João Batista Marinho de Castro. **O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos.** In: Cadernos Humaniza SUS. Ministério da Saúde, v. 4. 2014.

ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade.** Brasília: 2014.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques. **A dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.** 2009. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Convênio Rede Centro Oeste (UnB, UFG, UFMS), Goiânia, 2009.

ALVES, J. C. M. **A participação social a partir do Programa Federal Territórios da Cidadania: o caso do território do Cariri/CE.** Dissertação (mestrado), Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável. Juazeiro do norte – CE, 2013. Disponível em: . Acesso em: 14 fev. 2015.

AMORIM, Maria José Aléo Barbosa. **Enfermagem – Profissão Humanitária**. Revista Brasileira de Enfermagem, nº 4, vol. 32, Brasília, 1979.

BARBA, Mariana Della; BARIFOUSE, Rafael. **Desvalorização de parto normal torna Brasil líder mundial de cesáreas**. BBC Brasil em São Paulo, 2014. Disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140411\\_cesareas\\_principal\\_mdb\\_rb](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140411_cesareas_principal_mdb_rb)>. Acessado em: 10 de maio 2019.

BANDEIRA, Lourdes. **Feminicídio: a última etapa do ciclo da violência contra a mulher**. 2013. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/feminicidio-a-ultima-etapa-do-ciclo-da-violencia-contra-a-mulher-por-lourdes-bandeira/>. Acesso em: 05 de mai. de 2018.

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos líquidos**. tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida Líquida**. tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2.ed, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Uma prioridade do governo**. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Caderno nº 1. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Série A. normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em Serviço**. Série Cadernos de Atenção Básica. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **O que é Dotação Orçamentária**. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/orcamento-da->

uniao/conceitos-sobre-orcamento/o-que-e-dotacao-orcamentaria. Acesso em: 16 de out. de 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, maio a outubro de 2012.** Brasília, DF. Disponível em: [https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio\\_pre\\_semestral\\_rede\\_cegonha\\_ouvidoria-sus\\_que-deu-a-nota3adcia-de-64-porcento-sem-acompanhantes.pdf](https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio_pre_semestral_rede_cegonha_ouvidoria-sus_que-deu-a-nota3adcia-de-64-porcento-sem-acompanhantes.pdf). Acesso em: 12 de jul. de 2018.

BRASIL. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher.** Senado Federal, 1994.

BRASIL. Campanha Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha. **Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação (CEDAW, 1979).** 2012a. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/convencao-sobre-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contr-a-mulher-cedaw-1979/>. Acesso em: 11 de jul. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definições.** DataSUS. 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Código Penal Brasileiro.** 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm). Acesso em: 26 de agost. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** In: MOTA, Ana Elizabete Mota, et al. (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. p. 197-241. São Paulo: Cortez, 2009.

BENEVIDES, Maria Victoria. **Direitos Humanos: desafios para o século XXI.** In: Educação e Direitos Humanos: Fundamentos teóricos-metodológicos. ROSA, Maria Godoy Silveira, et al. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOTTI, Maria Luciana. **Violência institucional e a assistência às mulheres no parto.** UNICENTRO, 2012.

BOWIE, V. Understanding organizational violence: the missing link in resolving workplace violence? IN: **Third International Conference on Violence in the Health Sector.** Canadá, 2012. 480p.

BUSIN, Valéria Melki. **Direitos Humanos para ativistas por Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Católicas pelo Direito de Decidir. São Paulo:1ed. 2013.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. Tradução de: Maria Helena Kühner. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

BOURDIEU, Pierre. **A Miséria do Mundo**. Tradução de Mateus S. Soares.3ª edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2010.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

CNJ, Conselho Nacional de Justiça. **Formas de Violência contra a Mulher**. 2017. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/lei-maria-da-penha/formas-de-violencia>. Acesso em: 05 de mar. de 2018.

CAMIÁ GEK; Marin HF; BARBIERI M. **Diagnósticos de enfermagem em mulheres que frequentam serviço de planejamento familiar**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2001, 9(2):26-34.

CARNEIRO, Ana Catarine. **Você sabe o que é violência obstétrica?** Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218](http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218). Acesso em: 29 de mar. de 2018.

CARVALHO, Moacira Lopes; ALMEIDA, Camila Aparecida Landin; MARQUES, Amanda Karmina Lopes; LIMA, Francielzo Ferreira; AMORIM, Lais Mayra Machado de; SOUZA, Janice Maria Lopes. **Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa**. Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 2, p. 178-184, ISSN 2317-5079, abr. mai. jun. 2015

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. **Política de Saúde e Serviço Social**. In: Serviço Social e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: UFRJ. 2006.

COFEM, Conselho Federal de Enfermagem. **Maternidade em Manaus é vistoriada após denúncias por déficit de profissionais**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/maternidade-em-manaus-passa-por-vistoria-apos-denuncias-sobre-deficit-de-profissionais\\_55206.html](http://www.cofen.gov.br/maternidade-em-manaus-passa-por-vistoria-apos-denuncias-sobre-deficit-de-profissionais_55206.html). Acesso em: 10 de jan. de 2018.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Presidente do Cofen ataca corporativismo médico**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/presidente-do-cofen-ataca->

corporativismo-medico-na-abertura-de-seminario-internacional\_56227.html. Acesso em: 20 de abr. de 2019.

CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, Protocolo de Recomendações**. Ministério da Saúde, 2016.

COREN-SP, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parto natural e parto normal: quais as diferenças?** Revista Enfermagem. Ano 10. nº 81, Julho/ 2009. São Paulo. Disponível em [http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista\\_enfermagem\\_julho\\_2009\\_0.pdf](http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf). Acesso em: 10 de abr. de 2018.

COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; CRYNSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. **Naturalização e medicalização do corpo feminino: controle social por meio da reprodução**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-380, jul./dez. 2006.

CHEMIN, Norberto; LIMA, Mariene Pantoja. **Direitos Humanos uma Prática da Liberdade**. Colaboradores (CALDAS, Gonzaga Iraíldes; GUIMARÃES, Pedro Wuilson), Subsídio n.08, Serviço de Paz e Justiça no Brasil, 1996.

DARZE, Osmar Ismail. **Qual origem do Dia do Obstetra?** Disponível em: <https://www.isaude.com.br/noticias/detalhe/noticia/12-de-abril-dia-do-obstetra/>. Acesso em: 28 de julho de 2019.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2004.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DINIZ, Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.3, p. 627-637. 2005.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. Revista Questões de saúde reprodutiva, v.1, n.1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, Simone Grilo. **Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal**. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano. São Paulo, v.19, n.2, p. 313-326, ago. 2009.

DINIZ, Simone Grilo. et al. **Violência Obstétrica como questão para saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. Scielo Versão Online ISSN 2175-3598. São Paulo. 2015.

EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. **Complaints and Disorders: the sexual politics of sickness**. Londres: Writers and Readers Publisher Cooperative, 1973.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 5ª edição. São Paulo: Cortez, 1997.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. 2018a. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>. Acesso em: 25 de fev. de 2019.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Cuidados no trabalho de parto e parto: recomendações da OMS**. 2018b. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>. Acesso em: 25 de fev. 2019.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Recomendações Febrasgo para temas controversos**. 2018c. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/en/component/k2/item/694-recomendacoes-febrasgo-para-temas-controversos>. Acesso em: 25 de abr de 2019.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25 ed. Rio de Janeiro: editora Graal, 1979.

FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. **Episiotomia é só um cortezinho: Violência Obstétrica é violência contra a Mulher: Mulheres em Luta pela Abolição da Episiotomia**. Parto do Princípio. 1.ed. 2014.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of childbirth**. In: International Journal of Gynecology and Obstetrics. V.75, n.1, p.5-23. 2000, (tradução de Adriana Tanese Nogueira).

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal**. Revista Latino Americana de Enfermagem vol.17, n.2, ISSN 1518-8345, Ribeirão Preto, Mar./Abr. 2009.

GAMA, Andréa de Souza. **Gênero e Avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva**. In: Saúde e Serviço Social. BRAVO, Maria Inês Souza, et al. (orgs). p.79-96. São Paulo: Cortez, 2004.

GEVERH, Daniel Luciano; SOUZA, Vera Lúcia. **As Mulheres e a Igreja na Idade Média: misoginia, demonização e caça às bruxas**. Revista Acadêmica Licencia&acturas. v.2, n.1, p. 113-121, jan/jun 2014.

GOLDEMBERG, Miriam. **A arte de pesquisar: Como fazer uma pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, A.M. **Da Violência institucional à rede materna e infantil: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade**. In: Cadernos

Humaniza SUS: Volume 4 - Humanização do parto e nascimento (p. 133-154). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde. 2014.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a política e o Estado Moderno**. Tradução de Luiz Mário Gazzaneo. 8.ed. Rio de Janeiro: civilização brasileira. 1991

GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira; SILVA, Rita de Cássia Veloso da. **Enfermagem na Cena do Parto**. In: Cadernos Humaniza SUS. Ministério da Saúde, v. 4. 2014.

GROSSI, Miriam Pillar. **Novas/velhas violências contra a mulher no Brasil**. Revista Estudos Feministas, v. 5, no. Especial, 1994. pg.473-483.

HUMANIZA, Coletivo Feminista – Violência Obstétrica Manaus. Página no Facebook. 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/HumanizaColetivoFeminista/> Acesso em: 15 de abril de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **As Dimensões Ético – Políticas e Teórico Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. In: Serviço Social e Saúde. MOTA, Ana Elizabete Mota, et al. (orgs). 4 ed. p. 161-196. São Paulo: Cortez, 2009.

ILANUD, Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente. **Violência Institucional: Quando o Estado agride a criança**. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap\\_06.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_06.pdf). Acesso em: 08 de set. de 2018.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; FBSP, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, (Org. ) CERQUEIRA, Daniel. et al., **Atlas da Violência 2017**, 2017.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L. **Violência: um problema global de saúde pública**. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>. Acesso em: 14 de jul. de 2018.

LOURENÇO, Mário. **Afectos, Sexualidade e Desenvolvimento Humano**. Revista Saúde Mental [on-line], Vale e Vale, Editores Lda, v. 4, n. 2, mar./abr. 2002, p. 20-28. Disponível em: [http://www.saude-mental.net/pdf/vol4\\_rev2\\_artigo2.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev2_artigo2.pdf) . Acesso em: 15 de jun. de 2019.

MARCANCINE, K. O. et al. **Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 26, n. 4, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-2100201300040001>. Acesso em: 01 jan. 2014.

MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. **Violência Obstétrica como Violência de Gênero e Violência institucionalizada: Breves considerações**. Cadernos da Escola de Direito, Paraná, Centro Universitário UNIBRASIL, v. 2, n. 25, p.48-60. jul / dez 2016.

MATOS, Marilda Izilda Matos. **História das Mulheres e gênero: uso e perspectivas.** In: MELO, Hildete Pereira de et al. (Org). Olhares feministas. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009, p. 277-289. (Coleção Educação para Todos, v.10).

MAUÉS, Antônio; WEYL, Paulo. **Fundamentos e marcos jurídicos da educação em direitos humanos.** In: Educação e Direitos Humanos: Fundamentos teóricos-metodológicos. ROSA, Maria Godoy Silveira, et al. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

MCCALLUN, Cecília; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula dos. **O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.37-56.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi. et al. **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro,** Cad. Saúde Pública [online], Brasil, v.22, n.3, 2006, p.553-559. ISSN 1678-4464.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.067, 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal,** e dá outras providências. Disponível em: [http://www.abenfomg.com.br/site/arqs/outros/031\\_portaria\\_1067\\_05.pdf](http://www.abenfomg.com.br/site/arqs/outros/031_portaria_1067_05.pdf). Acesso em 07 mai. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.459, 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha.** 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 07 mai. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto Humanizado: quando a mãe é protagonista.** 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/servicos/33760-parto-humanizado-quando-a-mae-e-protagonista>. Acesso em: 23 de mar de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna.** 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 20 de dez.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. **APICE ON – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MIOTO, Regina; NOGUEIRA, Vera. **Serviço social e saúde: desafios intelectuais e operativos.** Ser Social, Brasília, v.11, n.25, p.221-243, jul./dez. 2009.

MPEAM, Ministério Público do Estado do Amazonas. **MP-AM e MPF realizam terceira audiência pública sobre violência obstétrica.** 2017. Disponível em: <http://www.mpam.mp.br/noticias-sp-1771083401/10430-mp-am-e-mpf-realizam-terceira-audiencia-publica-sobre-violencia-obstetrica#.Wrbl8ujwbiU>. Acesso em: 06 de mar. 2018.

MPF, Ministério Público Federal. **Violência obstétrica é comum nas maternidades, afirmam mães e profissionais de saúde.** 2015. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/violencia-obstetrica-e-comum-nas-maternidades-do-am-afirmam-maes-e-profissionais-da-saude> Acesso em: 30 de abr de 2019.

MPF, **O combate à violência obstétrica no Amazonas. A importância da atuação do comitê estadual e da atuação em rede.** 2019.

MONTORO, A. F. **Construir uma sociedade mais justa.** In: CHALITA, G. (Org.) Vida para sempre jovem. São Paulo: Siciliano, 1992.

MOREIRA, Elaine Maria Lima Alves. **Ciência, Tecnologia e Sociedade:** considerações teóricas sobre as tecnologias sociais. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

MÜLLER, Danielle Valle Rocha. **Meu Corpo, suas regras?** 2017. Disponível em: <https://portal-justificando.jusbrasil.com.br/noticias/379147809/meu-corpo-suas-regras>. Acesso em: 20 de jan. 2018.

NOGUEIRA, Conceição. **Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: feminismo e perspectivas teóricas na Psicologia social.** Braga, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciências e tecnologia, 2001.

OSIS, Maria José Duarte. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde.** Declaração da OMS. 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 20 de mai. de 2018.

OMS, Organização Mundial da Saúde; OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha Informativa - Mortalidade Materna.** Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820). Acesso em: 28 de dez. 2018.

OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira; SILVEIRA, Clara Maria Holanda. **Relações de gênero: uma construção cultural que persiste ao longo da história.** O público e o privado - Nº 19 - Janeiro/Junho – 2012

PAIVA, Eliza Mara das Chagas; ASSIS, Bianca Bacelar. **A enfermagem obstétrica no cenário do parto humanizado.** Programa de Educação Tutorial Enfermagem. Minas Gerais.

2018. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/petenfermagem/node/147> Acesso em: 25 de abr. de 2019.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 24 jun 2018

PINHEIRO, Veralúcia; SILVA, Rosenilda Rodrigues da; MACIE, Roseli Martins Tristão. **A Demonização da Mulher: uma análise da personagem Margarida na obra O seminarista**. Revista de Educação Linguagem e Literatura, v.10, n.1, p.151-168, Inhumas/Goiás, Maio. 2018.

PIOVESAN, Flávia. **A luta das mulheres pelo direito a uma vida sem violência**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v.18, n.426, p. 30-31, out. 2014.

PONTES, Kelem Rodrigues de Melo. **Violência doméstica geracional em Parintins: um olhar para os casos registrados na Delegacia especializada**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia), Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do paciente e registros de enfermagem**. 1. Ed. São Paulo: látria, 2005.

QUEIROGA, Joane Silva de. **Autonomia da mulher no parto frente à violência obstétrica**. In: XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades, v.1, ISSN 2177-4781, Paraíba, **Anais** [...] Universidade Federal da Paraíba, 2015.

RATTNER, Daphne. **Atenção ao Parto Normal, evidências científicas**. Área Técnica de Saúde da Mulher, Novembro, 2019.

RODRIGUES, Diogo Pereira. et al. **A Violência obstétrica no contexto do parto e nascimento**. Revista de Enfermagem, Recife, UFPE Online, p.236-246, jan. 2018.

RODRIGUES, Diogo Pereira. et al. **Violência Obstétrica no processo do parto e nascimento da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas**. Dissertação (Mestrado Acadêmico Ciências do cuidado em Saúde), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

ROHDE, Ana Maria Basso. **A outra Dor do Parto: gênero, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto**. Dissertação de (Mestrado, em Estudos sobre as Mulheres na Sociedade e na Cultura). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade de Lisboa), 2016.

SPM, Secretaria de Políticas para as Mulheres do Ministério dos Direitos Humanos. **Balanco Anual 2016**. Ligue 180 Central de Atendimento à Mulher. Brasília; DF. 2016. Disponível em:

[https://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Balanco-Anual-180\\_2016.pdf](https://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Balanco-Anual-180_2016.pdf) . Acesso em: 05 de mai. 2018.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, (Coleção Brasil Urgente), 2004.

SAFFIOTI, Heleieth. **O Poder do Macho**. São Paulo: Editora moderna. 1987.

SAFFIOTI, Heleieth. **A Violência contra a mulher é um problema global**, mimeo, 1995.

SANTOS, Luciana Guimarães. **A Arte de Partear: Das parteiras tradicionais à medicalização do parto no Amazonas (1970-2000)**. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Manaus 2016.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1991.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. Cengage Learning, 2. ed. São Paulo, 2015.

SEGATO, Rita L. **Las estructuras elementales de la violencia – ensayos sobre gênero entre antropologia, psicoanálisis y derechos humanos**. p. 111-115. Buenos Aires: Prometeo, 2003.

SEMSA, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **Linha Guia de Atenção a Saúde Materno e Infantil**. 2014.

SENA, Lígia Moreira. **Ameaçada e sem Voz, como num Campo de Concentração. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2016

SENA, Lígia Moreira; TESSER, Charles Dalcanale. **Violência Obstétrica no Brasil e o Ciberativismo de Mulheres mães: relato de duas experiências**. Interface Comunicação e Saúde. São Paulo, Scielo Versão Online, ISSN 1807-5762, v. 21, n. 21, p. 209 – 220, 2017.

SERRA, Rose Mary Souza. **A prática institucionalizada do serviço social: determinações e possibilidades**. 4. Ed. São Paulo: Cortez. 1987.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giacomo; CECATTI, José Guilherme. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil, Recife, 2004.

SILVAa, Carlos Roberto Lyra da; SILVA, Roberto Carlos Lyra da; VIANA, Dirce Laplaca. **Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde**. 6 ed. 2011.

SILVAb, Elizabete Bianca Tinoco. **Mecanismo de Defesa do Ego**. In: Psicologia, O Portal dos Psicólogos. 2010.

SOARES, Stefane. **Violência Obstétrica: a outra dor do parto**. In: Congresso Internacional de Direitos Difusos. Campina Grande:PB, 2017.

SOUZA, Karina Junqueira. **Violência Institucional na Atenção Obstétrica: Proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília. 2014.

SUSAM, Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. **Instituto da Mulher é inaugurado em Manaus**. 2010. Disponível em: <http://www.amazonas.am.gov.br/2010/06/instituto-da-mulher-inaugurado-em-manau/>. Acesso em: 25 de mai. 2018.

SUSAM, Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. **Instituto da Mulher Dona Lindu comemora 6 anos de funcionamento e implantará Centro de Parto Normal**. 2016. Disponível em: <http://www.amazonas.am.gov.br/2016/06/instituto-da-mulher-dona-lindu-comemora-6-anos-de-funcionamento-e-implantara-centro-de-parto-normal/>. Acesso em: 25 de mai. 2018.

SUSAM, Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. **Plano Estadual de Saúde 2016- 2019 SUSAM**. 2016.

SUSAM, Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. **Relatório do 3º Quadrimestre SUSAM 2017**. SUSAM. 2018.

SUSAM, Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. **Relatório Anual de Gestão Dezembro de 2017**. SUSAM. 2017.

TELES, Maria Luiza Silveira. **O que é Psicologia**. (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense. 2003.

TESSER, Charles Dalcanale. et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 2015.

TORRES, Iraildes Caldas. **As Novas Amazônidas**. Manaus: Editora da Universidade do Amazonas, EDUA, 2005, p. 13-39.

TORRES, Iraildes Caldas. **As Primeiras Damas e a Assistência Social: relações de gênero e poder**. São Paulo: Editora Cortez. 2002.

TORNQUINST, Susan Carmen. **Parto na Contemporaneidade: Perspectivas Antropológicas**. Revista Cadernos de Gênero e Tecnologia, Paraná, v.2, n. 6, p. 1-8, 2006, ISSN 1807-9415.

VASCONCELOS, Ana Maria, **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In: Serviço Social e Saúde. MOTA, Ana Elizabete Mota, et al. (orgs). 4 ed. p. 242-271. São Paulo: Cortez, 2009.

VENTURI, Gustavo. et al. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo, Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 20 de jan. de 2018.

VIANA, Larissa Vanessa Machado; FERREIRA, Kelly Mendes; MESQUITA, Maria do Amparo da Silva Bida. **Humanização do parto normal: uma revisão de literatura,** Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago./dez. 2014.

VIEIRA, Fabíola Supino. **Crise Econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?**, IPEA, Nota técnica nº 26, Brasília, 2016.

VICENTIM, A. **A trajetória jurídica internacional até formação da lei brasileira no caso Maria da Penha.** Âmbito Jurídico, Rio Grande, n. 80, set. 2010. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8267](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8267). Acesso em: 11 de jul. de 2018.

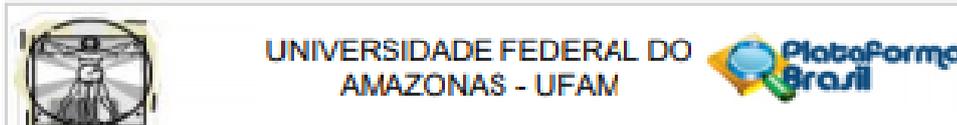
ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho, et al. **Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.** Revista Psicologia e Sociedade (29)1555043. Porto Alegre: RS. 2017.

WICHTERICH, Christa. **Ensaio Direitos Sexuais e Reprodutivos.** Tradução Fal Vitiello de Azevedo. Série de publicações sobre feminismo e democracia de gênero, Rio de Janeiro, Fundação Heinrich Böll Brasil, v. 11, 2015.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.** Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151 jul./set. 2008.

WYLLIS, Jean. Projeto de Lei nº 7633/2014. Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: [www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1257785](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785). Acesso em: 15 de jul. de 2018.

## ANEXOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DOR E VIOLÊNCIA NO PARTO: MAUS TRATOS DE MULHERES EM UMA MATERNIDADE DE MANAUS.

**Pesquisador:** MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14981219.1.0000.5020

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal do Amazonas - UFAM

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.383.938

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa assume o propósito de discutir a violência obstétrica desferida por profissionais da área da saúde à mulheres, no período da gestação e por ocasião do parto em uma maternidade de Manaus. Estamos nos referindo as diversas formas de violência dirigidas às mulheres no processo de gestação envolvendo o pré-natal, o parto, pós-parto e abortamento. O nosso interesse na abordagem do objeto de estudo surgiu por ocasião de estágio supervisionado do curso de Serviço Social quando, ao adentrar uma maternidade de Manaus, para realizar a divulgação dos serviços da Rede de Proteção e Defesa dos Direitos a Mulher na campanha dos 16 dias de ativismo, pelo fim da violência contra a mulher, fui surpreendida com um a mulher no corredor da maternidade sofrendo em dores de parto sozinha, e sem a presença de nenhum profissional por perto para auxiliá-la. As relações de gênero são construções sociais e históricas possuindo um aspecto relacional, colocando em questão os papéis sociais estereotipados atribuídos a mulheres e homens (TORRES, 2002). Para Scott (1991), as relações de gênero suscitam relações de poder que, por sua vez, sustentam desigualdades de gênero, atingindo o gênero feminino em relação ao gênero masculino. Estas relações desiguais de gênero e de poder fundamentam a prática da violência contra a mulher. A violência contra a mulher é uma expressão da questão social, um problema social que atinge muitas mulheres sob várias formas de violências, dentre essas, a violência obstétrica que encontra e também no seio da sociedade, constituindo-se numa agressão aos direitos humanos dessas mulheres. A violência contra a mulher se expressa em vários tipos,

**Endereço:** Rua Teresina, 465  
**Bairro:** Adrianópolis **CEP:** 69.057-070  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (62)3325-1181 **E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Papear: 3.303.938

conforme prevê a Lei Maria da Penha, quais sejam: violência física, psicológica/simbólica, sexual, patrimonial e moral. Agora há a violência obstétrica (CIELLO et al, 2012), (TESSER, 2015), presente em atos abusivos ou ações e procedimentos sem o consentimento da mulher, provocando danos à sua saúde. A violência obstétrica pode ser percebida sob a perspectiva de gênero como violência simbólica (BOURDIEU, 2011) e violência moral (SEGATO, 2003), contrariando as diretrizes e princípios estabelecidos no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002) e na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Ministério da Saúde, 2005). Países como a Argentina, Venezuela e México, possuem leis específicas que tipificam e visam combater a situação de violência obstétrica. No Brasil, encontra-se em análise na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 7633/2014, que dispõe sobre a humanização na assistência à mulher e ao neonato durante o período de gestação ao pós-parto, visando combater a violência obstétrica. O Estado de São Paulo foi pioneiro em criar legislação de contenção a violência obstétrica, por meio da Lei nº 755 de 2013, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação a gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando a proteção da gestante e da parturiente contra a violência obstétrica no Estado de São Paulo. Há outros avanços no âmbito da legislação. No ano de 2017, dois Estados brasileiros promulgaram legislações referente ao combate à violência obstétrica. O Estado de Santa Catarina determinou a Lei Estadual 17.097/2017 e o Estado de Rondônia promulgou a Lei nº 4.173/2017, ambas dispõem sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, bem como a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. É assim que este estudo assume fundamental importância na medida em que não só contribuirá para enriquecer a temática das relações de gênero, mas também porque poderá contribuir, enquanto diagnóstico, para a fundamentação de estratégias ao Coletivo Feminista Humaniza e Comitê de Enfrentamento a Violência Obstétrica, frente a reivindicação de políticas para as mulheres.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Averiguar a manifestação das violências ocorridas por ocasião do parto, configurando-se como violência obstétrica, dando destaque às mulheres atendidas no Instituto da Mulher Dona Lindu, em Manaus.

Objetivo Secundário: Investigar de que forma é praticada a violência obstétrica contra parturientes atendidas no Instituto da Mulher Dona Lindu, em Manaus, buscando perceber os tipos de violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos dessas mulheres;

Identificar que tipo de trabalho é desenvolvido pela equipe multiprofissional do Instituto da

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adlanópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Mulher Dona Lindu, com ênfase à contenção da violência obstétrica, dando destaque à ação do setor de Serviço Social;

Verificar quais os mecanismos de enfrentamento à violência obstétrica adotados pelas instituições e movimento de mulheres que compõe o Comitê Estadual de Violência Obstétrica na cidade de Manaus.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Toda a pesquisa envolve riscos, sejam eles mínimos, baixo, elevado ou moderado, desta forma a presente pesquisa foi desenvolvida com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 e 510/2016, e atenderá as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e Pesquisa, TCLE, confidencialidade e a privacidade dos dados. Para tanto, esta pesquisa pode incorrer nos seguintes riscos aos participantes: I – Constrangimento e Desconforto; sendo assim caso ocorra Constrangimento ou desconforto durante o desenvolvimento da pesquisa aos participantes, serão tomadas as seguintes medidas: a pesquisadora suspenderá a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e prestará acompanhamento necessário aos sujeitos envolvidos, visando o bem-estar mesmos, de duas maneiras: a) oferta de assistência psicológica, Individual ou grupal. Esta será realizada na Universidade Federal do Amazonas, pela equipe do Centro de Serviços de Psicologia Aplicada-CSPA, localizado na Universidade no endereço: Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Bloco X, Coroado I, Fone: (92) 3305-4121/ 99222-2275, e os custos de deslocamento para tal atendimento caso seja necessário será arcado pela pesquisadora.

**Benefícios:** Caracterizam-se por contribuições de forma Indiretas atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, conforme disposta nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, desta forma a presente pesquisa apresenta como benefícios indiretos aos sujeitos da pesquisa: I - Contribuir para o reconhecimento dos direitos das parturientes; II Reforçar os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres; III - servir de diagnóstico para subsidiar movimentos de mulheres e instituições interessadas a aprofundarem discussões, estudos, pesquisas, políticas ou legislações pertinentes à temática.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância social e científica. O caminho metodológico está delineado, assim

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adlanópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.303.938

como os riscos e benefícios da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

\*Instrumental de pesquisa – apresentado e adequado;

\*TCLE – adequado;

\*Folha de Rosto da pesquisa – apresentada e adequada;

\*Termo de anuência da Instituição participante – apresentado e adequado;

Projeto de pesquisa – apresentado e adequado;

\*Termo de anuência do CSPA (atendimento psicológico) - apresentado e adequado;

\*Cronograma – apresentado e adequado;

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa apresenta todos os requisitos, conforme as resoluções 466/2012 e 510/2016 sobre pesquisa com seres humanos.

Considera-se parecer favorável a sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1318510.pdf	24/05/2019 15:10:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcles_completoscorreto.pdf	24/05/2019 15:07:51	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculolattesiraldescaldastores.pdf	24/05/2019 15:06:56	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	curriculolattesraquel.pdf	24/05/2019 15:06:11	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	24/05/2019 13:14:21	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	24/05/2019 13:12:42	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	Instrumentaisdepesquisa.pdf	24/05/2019 13:12:00	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	TermodeanuenciaDoc2.pdf	24/05/2019 13:11:26	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	Termoentredopsicologia.pdf	24/05/2019	MARIA RAQUEL	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adfianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 3.303.930

Outros	Termocentrodepsicologia.pdf	13:10:33	CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	Termodeanuenciahumaniza.PDF	24/05/2019 13:10:12	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	Anuenciasompf2.pdf	24/05/2019 13:09:36	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	Anuenciampam.pdf	24/05/2019 13:09:09	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	Anuenciainstitutodamulher.pdf	24/05/2019 13:08:50	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	24/05/2019 13:05:32	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Parecer Anterior	Segundoparecercep.pdf	24/05/2019 13:04:52	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.pdf	24/05/2019 13:00:18	MARIA RAQUEL CRUZ DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:  
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:  
Não

MANAUS, 11 de Junho de 2019

---

Assinado por:  
Eliana Maria Pereira da Fonseca  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 405  
Bairro: Adfianópolis CEP: 69.057-070  
UF: AM Município: MANAUS  
Telefone: (02)3305-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com

Página 05 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE  
NA AMAZÔNIA - PPGSS

**Formulário de Pesquisa dirigido às mulheres assistidas durante o parto no  
Instituto da Mulher Dona Lindu.**

I - IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE

1. 1 Idade

---

1.2 Escolaridade

---

1.3 Número de filho

---

1.4 Estado Civil

---

II – ABORDAGEM ESPECÍFICA

2.1 – Qual foi o tipo de parto realizado?

---

---

2.2 – Informaram a você ou para seu acompanhante sobre os procedimentos que seriam realizados?

a- Sim ( )

b- Não ( )

2.3 – Você gostaria de relatar alguma coisa sobre sua vivência no momento do parto? Se quiser pode relatar abaixo.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2.4 – Você já ouviu falar de violência no parto? Ou de violência obstétrica?

a- Sim ( )

b- Não ( )

2.5 – O que você entende por violência obstétrica?

---

---

---

---

---

---

---

---

2.6 – Você passou por algum constrangimento na maternidade pelo fato de ser mulher?

Explique

---

---

---

---

2.7 – Você ouviu de profissionais da maternidade frases jocosas e humilhantes na hora do parto? Justifique

---

---

---

---

2.8 – Na sua opinião o que os profissionais da saúde ganham a constranger a mulher na hora do parto?

---

---

2.9 – Como você se sente frente a esse tipo de violência?

---

---

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE  
NA AMAZÔNIA - PPGSS

**Guia de Entrevista Semiestruturada para Profissionais do Instituto da Mulher Dona Lindu.**

**Identificação**

1. Profissão: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Escolaridade: Ensino Superior ( ) Especialização ( ) Pós-Graduação ( )
4. Tempo de trabalho na unidade: \_\_\_\_\_

**Informações sobre Violência Obstétrica**

5. Você conhece ou já ouviu falar de violência obstétrica?

Sim ( ) Não ( )

6. Se sim, o que você entende por violência obstétrica?

---

---

---

---

---

7. No Instituto da Mulher você já ouviu falar de casos de violência obstétrica?

Sim ( ) Não ( )

8. Qual tem sido seu posicionamento profissional sobre a violência obstétrica na maternidade?

Crítico ( ) Interventivo ( )  
Passivo ( ) Nenhum posicionamento ( )  
Não sei explicar ( )

9. Há algum trabalho realizado sobre essa violência no Instituto?

Sim ( ) Não ( )

10. Se sim, este trabalho é desempenhado de forma individual ou em equipe multiprofissional?

---

---

---

11. Quais tem sido as ações profissionais planejadas?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. E quais foram as ações desenvolvidas?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Quais foram as principais dificuldades encontradas nas ações relacionadas a violência obstétrica?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

14. Quais foram os avanços oriundo das ações/atividades desenvolvidas?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

15. Espaço Livre

---

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE  
NA AMAZÔNIA - PPGSS

**Guia de Entrevista Semiestruturada para Representantes do Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica.**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
<b>1. Formação</b>	<b>2. Representante de qual instituição</b>	<b>3. Tempo de atuação nessa causa</b>

**Informações sobre Violência Obstétrica**

1. O que você entende por violência obstétrica?

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Você acha que que a violência obstétrica especificamente a violência moral e psicológica na assistência ao parto está relacionada com quais dos aspectos?

---

---

---

---

---

3. Qual o papel da instituição que você representa nessa causa?

---

---

---

---

---

---

4. Qual o papel do Comitê de enfrentamento a violência obstétrica?

---

---

---

---

---

5. Qual sua participação como representante institucional ou da sociedade civil no comitê de violência obstétrica?

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Quais avanços você considera relevantes na luta contra violência obstétrica na cidade de Manaus?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Quais as principais dificuldades no enfrentamento a violência obstétrica?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, você considera que tem sido implementada e efetiva na realidade da Saúde Pública da cidade de Manaus? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Sobre a Rede Cegonha, você considera que tem sido implementada de forma efetiva na cidade de Manaus? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Na sua opinião deveria ser sancionada uma Lei específica para o combate da violência obstétrica? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---