

VIOÊNCIA OBSTÉTRICA: OFENSA À DIGNIDADE HUMANA

OBSTETRICAL VIOLENCE: OFFENSE FOR HUMAN DIGNITY

JÉSSICA SOUZA PEREIRA^{1*}, JORDANA CUNHA DE OLIVEIRA SILVA¹, NATÁLIA ALVES BORGES¹, MAYARA DE MELLO GONÇALVES RIBEIRO¹, LUIZA JARDIM AUAREK¹, JOSÉ HELVÉCIO KALIL DE SOUZA²

1. Acadêmica de Medicina da Faculdade de Minas – FAMINAS-BH; 2. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais; Graduado em Direito pela Faculdade Pitágoras. Doutor em Medicina pela UFMG. Coordenador do Núcleo de Saúde da Mulher da Faculdade de Minas - FAMINAS-BH.

Rua dos Melões, 141, apto 202, Vila Clóris. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 31744-075. jessicasouza.med@gmail.com

Recebido em 04/03/2016. Aceito para publicação em 05/05/2016

RESUMO

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e incluir inúmeras ações de violência durante a prática obstétrica profissional. Agrupa maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e invasivos como episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, tricotomia, ocitocina de rotina e ausência de acompanhante. É constante os relatos sobre maus-tratos sofridos pelas mulheres não só durante o parto, mas em todo o processo da gestação, parto e puerpério que violam a dignidade e respeito a elas. O objetivo desse artigo é esclarecer as variadas formas de violência obstétrica, abordar os princípios bioéticos que são negligenciados e a violação dos direitos das mulheres. Além disso, evidenciar a falta de profissionais que valorizem a dignidade humana. Para elaborar o presente artigo, efetuou-se pesquisas em diversos bancos de dados bibliográficos, sem delimitação de período específico. A discussão entre os artigos foi baseada nas diferentes formas de manifestação da violência obstétrica- física, psíquica e sexual. Portanto, são várias as atitudes dos profissionais da saúde que desvalorizam e desrespeitam a dignidade da mulher durante o trabalho de parto. Assim, atitudes devem ser revistas e penalizadas, a fim de buscar excelência na prestação dos serviços de saúde e valorização da dignidade humana.

PALAVRAS-CHAVE: Violência obstétrica, maus tratos, dignidade humana, princípios éticos, procedimentos invasivos.

ABSTRACT

The expression "obstetric violence" (OV) is used to describe and include numerous acts of violence in professional obstetric practice. Groups physical, psychological, and verbal abuse, as well as unnecessary and invasive procedures such as episiotomies, bed rest in the pre-partum, trichotomy, routine oxytocin and absence of accompanying. It is constant the reports of a bad treatment suffered by women not only during delivery, but throughout the process of pregnancy, childbirth and postpartum. that violates the dignity and respect to them. The aim of this paper is to clarify the various forms of obstetric violence, explore about bioethical principles that are overlooked and the violation of women's rights. We also highlight the lack of professionals who

value human dignity. To prepare this article, was done research on several datas without delimiting specific period. The discussion between the articles was based on the different manifestations of obstetric-violence (physical, psychological and sexual). There are various attitudes of health professionals that devalue and disrespect the dignity of women during labor. Thus, attitudes should be reviewed and penalized in order to seek excellence in the provision of health services and enhancement of human dignity.

KEYWORDS: Obstetric violence, mistreatment, human dignity, ethical principles, invasive procedures.

1. INTRODUÇÃO

É recorrente situações de abuso, desrespeito, negligência e maus tratos vivenciadas por grávidas durante o trabalho de parto. Apesar dessas violações terem chances de acontecer em qualquer fase da gravidez, é no parto que essas mulheres se encontram mais frágeis e susceptíveis a tais acontecimentos. Ao contrário de outros procedimentos que precisam de assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico que necessita de cuidados e acolhimento¹. Porém, esse momento especial da vida de uma mulher tem sido alvo de agressões físicas, verbais e falta de desrespeito quanto ao direito de decisão por parte das parturientes. Deve-se destacar que, segundo alguns estudos, a violência se dá através de gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência².

Segundo Velloso (2014)³, o primeiro país latino-americano a reconhecer legalmente a “violência obstétrica” foi a Argentina em 2004, através da *Ley 25.929* também conhecida como *Ley de Parto Humanizado*. Esta lei determina que a mulher tem direito a um parto que respeite seu tempo biológico e psicológico, evitando-se ao máximo qualquer tipo de prática invasiva e fornecimento de medicação desnecessária. Outro país que já possui legislação relacionada a esse tema é a Venezuela, que tipificou a VO como delito, ao sancionar em 2007 a *Ley orgánica*

sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia⁴. Entretanto, não há no Brasil, ainda, uma lei específica que reconheça a VO como uma violação dos direitos das mulheres.

A expressão “violência obstétrica” (VO), de acordo com Tesser *et al.* (2015)⁵, é utilizada para descrever e incluir diversas formas de violência durante a prática obstétrica profissional. Agrupa maus tratos físico, psicológico e verbal, assim como procedimentos desnecessários e danosos como episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia, ocitocina de rotina e ausência de acompanhante. Assim, esta deve ser analisada para que medidas preventivas sejam tomadas. Portanto, o presente artigo tem como objetivo esclarecer as diversas formas de violência obstétrica, abordar os princípios bioéticos que são negligenciados e a violação dos direitos das mulheres. Além disso, evidenciar a falta de profissionais que valorizem a dignidade humana.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo constituiu-se de uma revisão de literatura realizada entre agosto e novembro de 2015, em que se efetuou a busca em banco de dados como Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online- SciELO, PubMed e LILACS. A fim de explorar as principais temáticas, utilizou como palavra-chave: “violência obstétrica”; “violência no parto”; “direitos das mulheres”; “ética e violência obstétrica”; “princípios bioéticos”. Utilizou-se como critério de escolha: artigos científicos até o ano de 2015 escritos e publicados em inglês, espanhol e português, selecionando aqueles que abordam dados epidemiológicos, definições e principais formas de violência obstétrica e políticas públicas para o combate dela, bem como cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde e Conselhos Regionais de Medicina.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entendendo a violência obstétrica

No mundo inteiro, são constantes os relatos sobre maus-tratos sofridos pelas mulheres não só durante o parto, mas em todo o processo da gestação, parto e puerpério, que violam a dignidade e respeito a elas. Segundo Bowser & Hill (2010)⁶, há várias formas de violência obstétrica como: abuso físico, cuidado indigno, abuso verbal, imposição de intervenções não consentidas, abandono, negligência ou recusa da assistência. Além disso, a violência obstétrica também inclui a recomendação de cirurgias cesáreas que ultrapassam o limite da normalidade. No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷, 53,7% dos partos realizados são cesarianas, sendo este contraindicado, já que ao nível populacional, taxas acima de 10% não estão associadas a redução da mortalidade materna e neonatal.

Segundo a lei orgânica sobre o direito das mulheres em vida livre de violência, tipificada pela Venezuela, a violência obstétrica é caracterizada como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, de forma a causar a perda da autonomia e capacidade de livre decisão sobre o corpo e sexualidade, que tem um impacto negativo na qualidade de vida⁸.

Principais Formas

Segundo um dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012)⁹, existem alguns tipos de ações configurativas da violência obstétrica: 1) VO física: quando são realizadas práticas invasivas, administra-se medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer, ou quando não se respeita o tempo ou as possibilidades de parto biológico; 2) VO psíquica: refere-se ao tratamento desumanizado, grosseiro, humilhação e discriminação. Além disso, cabe nesta classe a omissão de informações sobre a evolução do parto; 3) VO sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Conforme Reis & Patrício (2005)¹⁰, existem situações que suprimem o bem-estar da parturiente como: indução à tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); lavagem intestinal; exame de toque vaginal (realizado várias vezes e por profissionais diferentes); imobilização; posição horizontal durante o trabalho de parto; utilização do soro com o objetivo de puncionar a veia para facilitar a posterior administração de medicamentos; administração de ocitocina, realizada para acelerar o trabalho de parto; episiotomia (incisão cirúrgica na vulva, para diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto e ajudar na saída do bebê)¹¹.

A episiotomia, um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em obstetria é, no entanto, realizado muitas vezes sem qualquer consentimento específico da paciente. É uma intervenção ainda realizada rotineiramente e os profissionais de saúde, presos a conceitos e práticas que não contemplam evidências científicas atuais, insistem na realização deste procedimento, violando, assim, os direitos das mulheres. Como qualquer ato cirúrgico, essa prática tem também algumas complicações¹². Os riscos associados são, entre outros, a extensão da lesão, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, infecções, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais e a endometriose da episiorrafia, embora este último seja raro¹³.

A manobra de Kristeller se enquadra em violência obstétrica e consiste em uma manobra na qual é exercida pressão sobre a porção superior do útero, no intuito de fa-

zer o bebê sair mais rápido. Porém, essa tentativa de agilizar o processo pode trazer prejuízo tanto para a mãe quanto para o bebê. A mãe pode fraturar as costelas e também pode haver descolamento da placenta, já o bebê pode sofrer traumas encefálicos¹⁴. Essa manobra ainda é realizada com frequência na assistência ao parto, assim como outras intervenções inapropriadas realizadas em cadeia - condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica prejudicial para a dinâmica do parto e oxigenação do bebê, comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Salienta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de Kristeller é proscrita, porém continuam a realizá-la, apesar de não registrarem-na em prontuário¹⁵.

Violência obstétrica no Brasil

Segundo D'Aguiar & D'Oliveira (2011)¹, a violência institucional nas maternidades públicas brasileiras é determinada, de certa forma, por uma violência de gênero, transformando diferenças, como ser pobre e mulher, em desigualdades. Isso resulta em uma relação hierárquica na qual as pacientes são vistas e tratadas como objetos de intervenção profissional, deixando de lado sua autonomia de decidir os procedimentos aos quais querem ser submetidas.

Uma pesquisa realizada pelo SESC e pela Fundação Perseu Abramo, "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", divulgada em agosto de 2010, ouviu-se a opinião de 2.365 mulheres e 1.181 homens, com mais de 15 anos de idade, de 25 unidades da federação, cobrindo as áreas urbanas e rurais de todas as macrorregiões do país. Foi relatado que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto¹⁶.

Em São Paulo, outra pesquisa realizada em maternidades públicas, com 21 puérperas, revelou que algumas entrevistadas relataram e reconheceram práticas discriminatórias e grosseiras por parte da equipe durante a assistência nas maternidades. Segundo uma das puérperas a enfermeira teria ordenado que ficasse calada, sobre a ameaça de que poderia ser "judiada", já que isso era comum de acontecer com grávidas que gritavam muito¹.

Outro estudo realizado em Guarapuava-PR, em um Centro Integrado de Atendimento - Vila Bela, com 4 gestantes (na segunda gestação), relata que uma das gestantes entrevistadas foi muito mal tratada, através de xingamentos, gritos, estupidez, brutalidade e baixo humanismo na hora do parto, deixando-a ofendida e desvalorizada. Em relação ao parto, uma das puérperas que realizou parto normal, afirmou ter sido melhor do que o parto cesariano, uma vez que a recuperação era mais rápida, apesar da dor durante o parto ser intensa, terrível e indescritível. No entanto, as outras gestantes alegaram que a via cirúrgica era melhor devido à possibilidade de se planejar gestação, apesar de não terem tido o direito de escolher como preferiam que fosse o parto, apenas foram informadas sobre

o dia do nascimento de seus filhos¹⁷.

O Brasil é um país que apresenta altos índices de cesárea. Segundo Ministério da Saúde, em 2010, aproximadamente 52% dos partos realizados foram cirúrgicos e essa taxa cresce a cada dia, sendo mais prevalente na rede privada. No entanto, pesquisas mostram que a maioria das mulheres que realizam cesáreas não participam do processo de decisão de qual procedimento será utilizado, e ainda afirmam ter preferência pelo parto normal¹⁸. Muitas são as queixas relatadas sobre os efeitos desse procedimento cirúrgico e sua inadequada realização, e esse fato o torna uma violência contra as mulheres quando os recém nascidos são afastados de suas mães após o procedimento, impossibilitando o estabelecimento de um vínculo mãe-filho após o parto, além de que a anestesia é insuficiente em alguns casos, o que torna o processo em algo traumático para a mulher. Vale lembrar a existência de outras complicações que podem levar a morte tanto da mulher quando da criança¹⁹.

Rede Pública e Privada

De acordo com os resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS (2013)²⁰, o descaso com as gestantes no setor público de saúde tem sido amplamente divulgado pela imprensa leiga e mesmo pela ouvidoria do Ministério da Saúde, que encontrou um percentual de 12,7% das mulheres referindo terem sido submetidas a tratamentos desrespeitosos, tais como mal atendimento, não serem ouvidas ou mesmo sofrerem agressões verbais e físicas.

Barbosa *et al.* (2003)¹⁹ relata que a cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando surgem complicações durante a gravidez ou o parto. É, portanto, um recurso utilizável quando há algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, durante a evolução da gravidez e/ou do parto. No Brasil e em outros países, entretanto, a cesárea tem sido abusivamente utilizada, sem benefícios para as mulheres e recém-nascidos²¹. O uso iatrogênico da cesárea é indicado pelo fato desta ser mais frequente em hospitais privados e em regiões de maior renda, cujas gestantes estão em melhores condições sociais e de saúde, apresentando, a princípio, menor risco gestacional²².

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2011)²³, é conhecido que a prevalência de cesáreas no Brasil é a mais alta do mundo, ficando próxima dos valores da China (46,2%), Turquia (42,7%), México (42%), Itália (38,4%) e Estados Unidos (32,3%), e muito superior à Inglaterra (23,7%), França (20%) e Finlândia (15,7%). Rebelo *et al.* (2010)²⁴ cita que a proporção de cesarianas apresenta distribuição desigual no país, sendo maior nas mulheres com maior idade, escolaridade, primíparas, com assistência pré-natal em serviços privados e residentes nas regiões Sul, Sudeste e

Centro-Oeste.

Ética e violência obstétrica

As ações médicas devem ser baseadas em princípios, leis e fundamentos norteados pelo Código de Ética Médica, e devem respeitar a decisão dos pacientes e valorizar a vida. Dessa forma, as práticas médicas devem se embasar em princípios éticos, como o da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que visam proporcionar a valorização da vida humana²⁵. Todavia, quando os profissionais da saúde realizam procedimentos sem a expressa opinião das pacientes, com intervenções desnecessárias ao processo de parto, desrespeitam sua individualidade e as agredem com práticas que não reduzem os efeitos adversos ou indesejáveis das ações terapêuticas, violam esses princípios, sendo muitas vezes fator predisponente para aumentar os riscos da morbimortalidade materna e neonatal²⁶.

Além disso, xingamentos, comentários abusivos, agressão física, tortura psicológica e discriminação racial e socioeconômica são relatados com frequência pelas mulheres agredidas por alguns profissionais da saúde. Procedimentos invasivos como a manobra de Kristeller, episiotomia, restrição da posição do parto e intervenções de verificação e aceleração do parto são classificados como VO⁹. (Rede Parto do Princípio, 2012). Assim, verifica-se o descumprimento das normas e princípios estabelecidos no Código de Ética Médica (2010)²⁷ que rezam:

Dos princípios fundamentais:

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Capítulo V: Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§1º Ocorrendo fatos que a seu critério prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente

ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais²⁷. (Código de Ética Médica, 2010)

O atendimento desumanizado e degradante às gestantes no processo de parto, faz com que a experiência seja traumática e negativa. A autonomia não é respeitada, visto que suas decisões e desejos, na maioria dos casos, são deixados de lado por meio de práticas que não maximizam os benefícios, de forma a não exercer o consagrado "*primum non nocere*" (primeiro não prejudicar), e ainda o descaso e a impaciência fazem com que o profissional não respeite o pudor, nem mesmo a individualidade de cada paciente, não entendendo suas dificuldades e limitações²⁶. Frente a isso, o médico deve prestar integral assistência à paciente, esclarecendo suas dúvidas e de seus familiares, agindo com o máximo de zelo e melhor da sua capacidade profissional, priorizando o bem-estar da parturiente e a valorização da vida⁹.

Direitos da mulher

Durante toda a gestação e o trabalho de parto as mulheres possuem direitos que devem ser respeitados pelos profissionais da saúde para que se tenha um atendimento integral e de qualidade. Assim, o Ministério da Saúde possui políticas que visam garantir os direitos sexuais, de cidadania e reprodutivos das mulheres, a fim de que elas conheçam seus direitos para que possam exigí-los e se prevenirem de abusos e desrespeito contra a sua dignidade.

De acordo com Diniz (2003)²⁸, é direito das usuárias dos serviços de saúde receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre as hipóteses diagnósticas, dos diagnósticos realizados e das ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconveniências das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas, bem como direito ao planejamento familiar e a receber informações como métodos e técnicas para regulação da fecundidade ou prevenção da gravidez.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da RN nº 368²⁹, dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico, e sobre a utilização do partograma, cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Além disso, a Lei Nº 11.108 de 7 de abril de 2005³⁰, obriga os serviços de saúde do

Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 01 (um) acompanhante, de sua indicação, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As parturientes, ainda, devem ser submetidas a procedimentos com requisição prévia de sua opinião, evitando expô-las a sofrimentos desnecessários. O Brasil desenvolveu algumas políticas públicas, segundo SPM (Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres)³¹, que visam um atendimento integral e de qualidade às mulheres durante a gestação, parto e puerpério de forma a desenvolver ações de prevenção e assistência à saúde.

Diante da grande incidência de casos de violência obstétrica no Brasil, das mais diversas formas como já mencionado anteriormente, percebe-se que esses fatos vão muito além do descaso dos profissionais e falhas na realização de procedimentos, pois estes causam um impacto psicossocial marcante na vida das mulheres. No entanto, vale ressaltar as medidas a serem tomadas diante de uma situação de VO. É notório a grande prevalência no Brasil, visto sua presença em todo o sistema de saúde e embora seja mais explícita na rede pública, não há como descartar uma notável incidência na rede privada.

São questionáveis os motivos pelos quais um médico ou qualquer outro profissional da saúde pratica atos de violência, porém é inegável que realizar vários partos cesáreas, por exemplo, é financeiramente mais interessante que realizar parto normal. Muitas vezes são atitudes de profissionais da rede privada que realizam esse procedimento sem o consentimento da gestante e sem esta apresentar uma gestação de risco, o que tornaria uma cesária viável.

Manobras como a de Kristeller, injeção de ocitocina, episiotomia e vários outros procedimentos realizados a fim de acelerar o processo de parto são realizados de forma agressiva e não permitem o tempo fisiológico do parto. Esses métodos são muitas vezes frutos da intolerância e impaciência dos profissionais da saúde, uma vez que, segundo a Febrasgo (2015)³², as maternidades no Brasil estão superlotadas e com infraestrutura bastante precária, além do déficit de profissionais obstetras e sua baixa remuneração no setor público. No entanto, o excesso de tecnicismo e novas evoluções deixam de lado uma formação médica mais humana e que valoriza e respeita a vida humana.

A violência obstétrica é negligenciada no ponto de vista penal, uma vez que não se encaixa nos tipos de lesões corporais a não há uma lei específica que puna essa violência. Já pelo Código de Ética Médica, as punições são desde advertência privada, até a cassação do direito de exercer a medicina. A respeito das punições jurídicas ou penais, quando existem, são de difícil apuração, pois é necessária perícia para se afirmar ou não a necessidade de determinados procedimentos, além de escutar depoimen-

tos de testemunhas que possam comprovar o que aconteceu dentro da sala de parto. Diante dessa dificuldade de comprovação dos atos de violência, deve-se investir em políticas que visem conscientizar a população e os profissionais da saúde, sobre os direitos das gestantes e os impactos que esse tipo de violência pode trazer tanto para a mãe quanto para o bebê, buscando sempre humanizar o parto.

A fim de evitar uma maior incidência da VO, o Ministério da Saúde criou políticas que visam garantir os direitos das gestantes e fazer com que o parto seja humanizado e respeite a cidadania. Contudo, é necessário que as mulheres conheçam seus direitos, os exijam e denunciem quando não cumpridos. É imprescindível a formação de um profissional habilitado em prestar assistência integral de qualidade e de caráter mais humanizado³³.

4. CONCLUSÃO

Diversas são as atitudes dos profissionais da saúde que deixam de valorizar e respeitar a dignidade da parturiente. Assim, atitudes dos profissionais de saúde devem ser revistas, a fim de buscar a excelência na prestação dos serviços de saúde e valorização da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

- [01] Aguiar JM, D'oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface*, Botucatu, vol.15, n.36, Jan./Mar. 2011.
- [02] Gonzales APS, Garabini VMB. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. 2013. [Acesso em 12 de out. 2015] Disponível em: <http://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/download/917/842>.
- [03] Velloso AFP, Silva RMC, Carmona PAC. Violência Obstétrica: Uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil. [Monografia] Brasília: Centro Universitário de Brasília. 2014.
- [04] Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Gaceta Oficial* 38.647. [Acesso em 01 Setembro de 2015] Disponível em: http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf.
- [05] Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária/ : o que é e o que fazer. *RevBrasMed Família Comunidade*. 2015;10(35):1-12
- [06] Bowser, D, Hill K. "Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis," Bethesda, MD: USAID-TRAction Project, University Research Corporation, LLC, and Harvard School of Public Health. 2010
- [07] Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. [Acesso em 02 de Setembro de 2015] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.

- [08] Souza SA de. Leis de Combate à violência contra a mulher na América Latina: Uma breve abordagem histórica. Comunicação apresentada no XXVII Simpósio Nacional de História –Conhecimento Histórico e Diálogo Social, 22-26 jul. Natal. Rio Grande do Norte 2013
- [09] Parto do Princípio–Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa Dossiê da Violência Obstétrica. “Parirás com dor”. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres. 2012.[Acesso em 05 out. 2015]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.
- [10] Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(Supl):221-30.
- [11] Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39:288-95.
- [12] Borges BB, Serrano F, Pereira F – Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*. Lisboa. ISSN 0870-399X. 2003; 16(6):447-54.
- [13] Barranger E, Haddad B, Paniel BJ. Fistula in ano as a rare complication of mediolateral episiotomy: report of three cases. *Amer J Obstet Gynec* [periódico na internet]. 2000; 182:733-4.
- [14] Balogh G. Hospital proíbe manobra de Kristeller e reconhece violência obstétrica. [Acesso em 30 de jan de 2015] Disponível em: <http://maternar.blogfofha.uol.com.br/2014/12/16/hospital-proibe-manobra-de-kristeller-e-reconhece-violencia-obstetrica/>.
- [15] Leal MC, *et al.* Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.
- [16] Venturi G, Godinho T (Orgs.). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo:Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP, 2013; 504p. Estudo realizado em Guarapuava-PR
- [17] Andrade, BP; Aggio, CM. Violência obstétrica: a dor que cala. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, ISSN 2177-8248. Universidade Estadual de Londrina, 2014.
- [18] Meller FO, Schafer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3829-35.
- [19] Barbosa GP, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'orsi E, *et al.* Parto cesáreo: Quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saude Publica*. 2003; 19(6):1611-20
- [20] Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS entre maio de 2012 e fevereiro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- [21] Shearer E. Cesarean section: Medical benefits and costs. *Social Science and Medicine*, 1993; 37:1223-1231.
- [22] Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do estado de São Paulo, Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, 30(1):19-33.
- [23] Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance 2011*. Paris: OECD Publishing; 2011.
- [24] Rebelo F, Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89:903-8.
- [25] Manual de Ética em Ginecologia e Obstetrícia. A Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência, Justiça e Equidade, 2011 [Acesso em 09 de out. 2015]. Disponível em: http://www.cremesp.com/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53.
- [26] Ministério da Saúde. Manual Técnico - Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília, 2006. [Acesso em: 15 de maio 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf.
- [27] Código de Ética Médica, 2010 [Acesso em 09 de out. 2015] Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122.
- [28] Diniz CSG. O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto?. In: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos: novas questões para o campo da saúde. 2.ed. São Paulo: Fundação Ford, CREMESP, 2003.
- [29] Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN nº 368 de 06 de janeiro de 2015. [Acesso em: 15 de maio 2016]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>.
- [30] Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para Assuntos. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. [Acesso em: 10 de out. 2015]Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
- [31] Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, Pressupostos, princípios e diretrizes da Política Nacional para as Mulheres – publicação disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/Plano%20Nacional%20Políticas%20Mulheres.pdf>.
- [32] FEBRASGO. Crise na saúde: falta de leito obstétrico. [Acesso em 12 de outubro de 2015]Disponível em <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=2005>.
- [33] Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto. 2002.[Acesso em 14 de out. 2015] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.