



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da
Saúde

CRISTIANE FERREIRA AREIAS DA SILVA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DE UMA PROFISSIONAL
MÉDICA NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES**

Santos
2022

CRISTIANE FERREIRA AREIAS DA SILVA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DE UMA PROFISSIONAL
MÉDICA NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES**

Dissertação apresentada na
Qualificação como exigência do
Programa de Pós-Graduação Ensino
em Ciências da Saúde da Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP -
Campus Baixada Santista, como pré-
requisito para obtenção do Título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Educação
Permanente em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia da
Rocha Uchôa-Figueiredo

Santos
2022





É necessário acolher para colher bons resultados...
(Autoria própria)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tanto, por tudo, SEMPRE.

À minha filha, Mariana Areias, que enfrenta comigo os desafios pessoais e profissionais, que há 12 anos me acompanha entre estudo e vivências. Parte de mim, hoje embutida no casulo da adolescência.... Caminhou comigo na graduação em Direito, acompanhou pós-graduações, vibrou e comemorou a conquista da OAB. Agora, após choros, saudade e questionamentos, está apta a comemorar comigo mais essa conquista acadêmica. Como sempre te digo, de todas as coisas que já fiz na vida, você é a melhor delas. Criatura, sim, criatura divina com a qual tenho o prazer de caminhar desde que me transformei ao me tornar mãe.

Aos meus pais, pilares da minha formação de caráter, responsáveis por me mostrar que sou capaz de alcançar meus objetivos e alicerces do meu dia a dia. Gratidão.

Ao meu irmão, meu porto seguro, meu exemplo de caráter, como te amo. Obrigada por representar tanto em nossas vidas. Gratidão por estar sempre disposto a me ouvir e amparar e, principalmente, por me encorajar a seguir em frente.

A todos os meus amigos, todos, pelos momentos de respiro e risadas. Pelos desabafos ouvidos, às vezes sem nem entender bem do que se tratava, às vezes simplesmente me questionando: "pra que estudar tanto?", "você não vai parar nunca?". E sempre ouvindo a mesma resposta: "Eu sei que vale a pena". Um agradecimento mais que especial à Pri, Priscilla Oliveira, amiga desde a 3ª série, com o tempo se tornou minha paciente e me permitiu trazer ao mundo seu filho, meu afilhado Ravi, ela é a responsável pela arte gráfica desta dissertação.

Por fim, mas com posição de destaque, à minha mentora, orientadora e amiga, Prof. Dra. Lúcia Uchoa. Gratidão por tudo, desde o primeiro contato, a primeira atividade, o acolhimento em momento tão intenso e difícil que me fez pensar em desistir, até hoje, hora da apresentação e defesa do nosso trabalho em conjunto. Gratidão ontem, hoje e sempre.

RESUMO

Introdução: A generalização da expressão violência obstétrica na assistência materno fetal resultou em um aumento da judicialização nessa área, mesmo havendo situações em que determinadas intervenções tenham sido necessárias na busca à assistência mais segura do binômio (mãe-bebê). Considerando que esse termo pode ser mais bem explicado à paciente e seus familiares, se faz necessário discuti-lo em ampla abordagem. *Objetivos:* Narrar a experiência, percepções e sentimentos como uma profissional médica, mulher e mãe, diante de vivências da prática obstétrica. Apresentar meios de identificar tipos de violência obstétrica, a fim de que se torne clara a importância da busca por um equilíbrio, não podendo o tema ser banalizado pela judicialização desenfreada e, muito menos, ser causa de silenciamento feminino. *Método:* Pesquisa qualitativa utilizando a “narrativa de si”, a partir da descrição de cenas vividas no exercício da profissão. *Resultado:* Buscou-se apresentar percepções e apontar possibilidades de assistência ampla e informativa, procurando garantir às mulheres escolhas conscientes. A partir da identificação de quatro categorias extraídas das narrativas: Intervenção Médica, Suporte Familiar, Trabalhando Idealizações e Judicialização, foi possível perceber que existem interferências que vão além da vontade da equipe assistencial e que resultam de variáveis nem sempre previsíveis. *Considerações finais:* Através de conteúdo prático profissional ficou evidente a necessidade de amparar as mulheres na tomada de decisões conscientes, rechaçando o silenciamento feminino, bem como a judicialização não pertinente. Dessa forma, viabilizar informações com base em evidências científicas pode fortalecer a mulher na tomada de decisões conscientes. Para tanto, foi elaborado o produto técnico educacional resultado desta dissertação de Mestrado, com a construção de *folders* informativos e proposta de divulgação de “*flashes*” em veículos de comunicação nas instituições de saúde, contextualizando as boas práticas obstétricas.

Palavras Chaves: Violência Obstétrica. Violência de Gênero. Judicialização na Saúde. Parto Humanizado. Educação Permanente.

APRESENTAÇÃO

Nascida e criada em Santos, frequentei escola pública no ensino Fundamental, bolsista de escola particular renomada no ensino médio. Filha de pescador e de dona de casa, criada em família pequena e aprendendo muito por trabalhar desde os 12 anos de idade, aos poucos foi possível perceber que muito do que se fala não é realmente o que traduz a situação vivida.

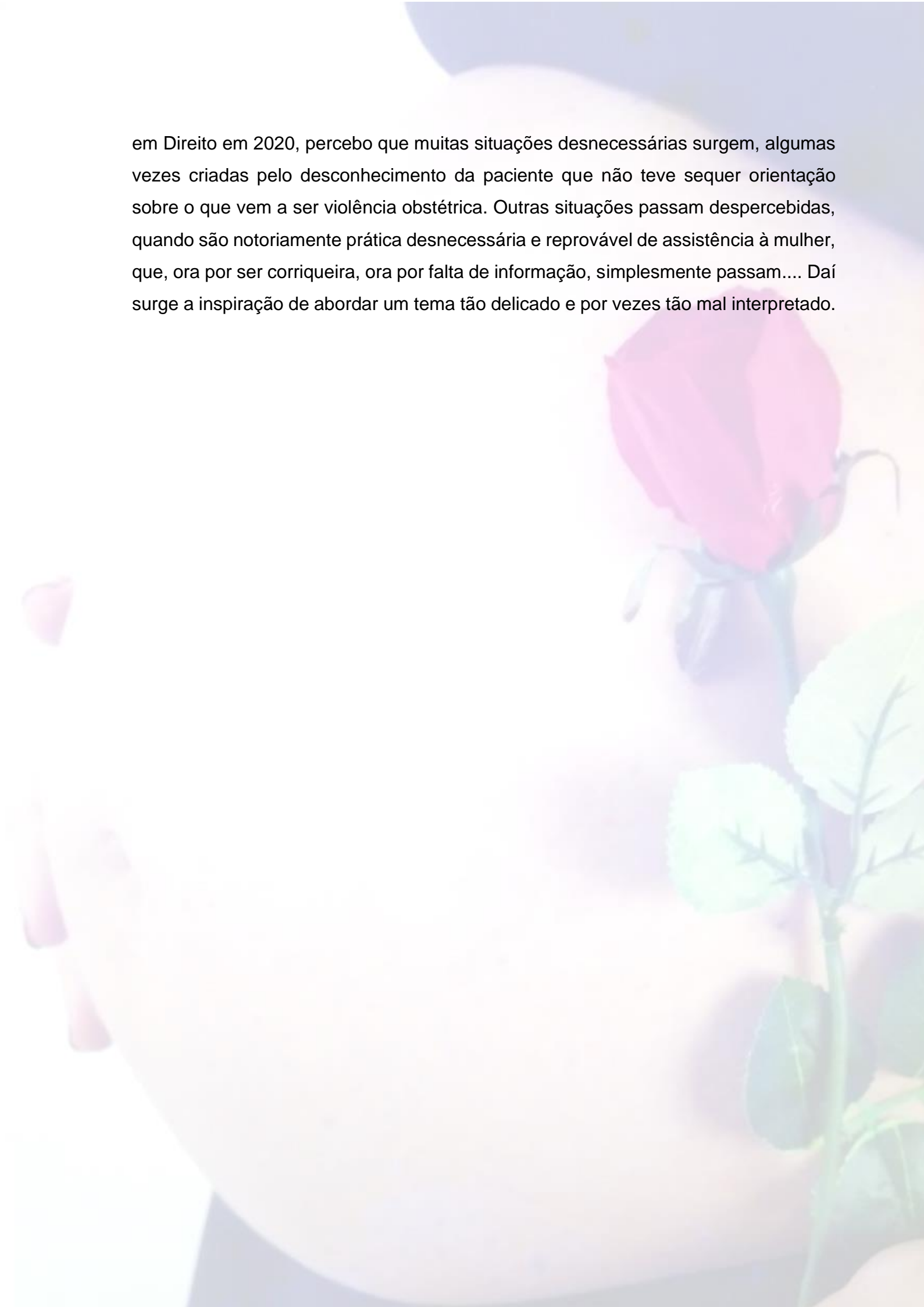
Frequento hospital desde o segundo ano da faculdade de Medicina e essa experiência me apresentou muitas facetas de uma mesma situação. Enfim, a realização de um sonho, concluído o curso de medicina em 2005. Desde a faculdade já buscava aprimoramento em áreas como pediatria, cirurgia geral e obstetrícia. Dessas, escolhi a última, prestei prova de Residência Médica e só sosseguei quando fui aprovada em uma das melhores escolas de ginecologia e obstetrícia do Estado de São Paulo.

Lá fiquei três anos, a primeira turma do triênio, após decisão federal. Esses três anos foram longos, os piores e melhores da vida; contraditório assim. Maior pressão sofrida associada a decepções constantes, por outro lado, acompanhada de muito aprendizado e estudo frequente que contribuíram muito para a formação pessoal e profissional. Concluída Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia em janeiro de 2009 na Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha. Prestada prova de Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) e recebido meu tão sonhado TEGO.

A partir daí foi trabalho, muito trabalho. Muitos plantões em muitos locais até hoje. Atuação em Hospital Escola, o que parece um vício, pois antes de sair de um já estou em outro. Fiz também atendimento ambulatorial como especialista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município onde morava. E ao longo desses anos já foram concluídas 3 pós-graduações: Medicina de Família e Comunidade, Regulação de Urgência e Emergência e Gestão em Emergência. Sendo a última durante a graduação em Direito, pois é, resolvi acrescentar uma segunda faculdade à minha formação e hoje atuo nas duas áreas, Saúde e Direito. Amo a obstetrícia e seguirei atuando na minha profissão. Estar em contato com as mulheres em todas as fases de sua vida, com certeza me permite melhorar a cada dia.

Hoje, professora do segundo ano da faculdade de Medicina há três anos e com a segunda graduação já concluída, me reconheço menos utópica, mas ainda digna e sonhadora, buscando o melhor para cada paciente. Formada em Medicina em 2005 e

em Direito em 2020, percebo que muitas situações desnecessárias surgem, algumas vezes criadas pelo desconhecimento da paciente que não teve sequer orientação sobre o que vem a ser violência obstétrica. Outras situações passam despercebidas, quando são notoriamente prática desnecessária e reprovável de assistência à mulher, que, ora por ser corriqueira, ora por falta de informação, simplesmente passam.... Daí surge a inspiração de abordar um tema tão delicado e por vezes tão mal interpretado.



SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	5
APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	11
1.1 ONDE TUDO COMEÇOU...	11
1.2 PERÍODO GESTACIONAL	12
1.3 HISTÓRIA E TRAJETÓRIA DO PARTO	16
1.4 VIAS DE PARTO E SUAS INDICAÇÕES	19
1.5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	23
1.6 HUMANIZAÇÃO	27
HIPÓTESE	31
2. HIPÓTESE	32
OBJETIVOS	33
3. OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	34
3.3 OBJETIVO DO PRODUTO	34
MÉTODOS	35
4. MÉTODOS	36
ANÁLISE DE DADOS	39

5. ANÁLISE DE DADOS	40
5.1 ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE SI	40
5.2 ASPECTOS ÉTICOS	41
RESULTADO E DISCUSSÃO	42
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6.1 INTERVENÇÃO MÉDICA	44
6.2 SUPORTE FAMILIAR	55
6.3 TRABALHANDO IDEALIZAÇÕES	62
6.4 JUDICIALIZAÇÃO	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	78
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	85
APÊNDICE 1 - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	86
APÊNDICE 2 - AS NARRATIVAS DE SI	90
CENA 1	90
CENA 2	95
CENA 3	100
CENA 4	102
CENA 5	107



INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 ONDE TUDO COMEÇOU...

Existe uma diferença muito significativa entre homens e mulheres: elas engravidam. Todos são seres humanos, taxonomicamente *Homo sapiens*, expressão com origem no latim, que significa "homem sábio" (GOODMAN, 1990). Existem inúmeras diferenças entre os outros mamíferos e os seres humanos, uma diferença significativa é que suas mãos são dotadas de um dedo opositor, o polegar opositor garante aos seres humanos movimentos que o diferenciam dos animais (ILHA, 1989). Essa ressalva se faz porque o movimento de pinça, realizado pelo polegar opositor, é o que permite a pitada certa de tempero, mas também é o que possibilita manejos na assistência obstétrica que não são alcançáveis a outros mamíferos sem a intervenção do ser humano.

Outra diferença significativa entre os seres humanos e outros seres vivos é a inteligência apurada. A capacidade do ser humano em reconhecer, compreender e resolver situações e conflitos lhe permite aprender mais a cada dia. Além disso, entre os seres humanos, ao diferenciar homens e mulheres, é instintiva a percepção de que as mulheres engravidam e os homens não. Essa capacidade de carregar em seu ventre o produto da concepção só é possível porque a mulher possui útero. O útero é o órgão do aparelho genital feminino que acolhe o óvulo fecundado durante seu desenvolvimento até que ocorra o nascimento. O óvulo fecundado é o produto da conjugação entre óvulo e espermatozoide, liberados pelos órgãos reprodutivos feminino e masculino, respectivamente (GARDNER; GRAY; O' RAHILLY, 1988).

A fecundação ocorre ainda na tuba uterina. Após ser fecundado, o óvulo percorre o caminho da tuba e se direciona ao útero, lá ocorre a nidação, ou seja, a implantação do óvulo fecundado na parede uterina. Após a embriogênese, sequência de eventos que leva à formação do embrião, esse se desenvolve na cavidade uterina (REZENDE; MONTENEGRO, 2003).

1.2 PERÍODO GESTACIONAL

Ao longo da gestação, o organismo feminino passa por mudanças anatômicas e funcionais. Dessa forma, a mulher se adapta para o desenvolvimento do concepto. Essas alterações ocorrem em vários órgãos e sistemas femininos (ZUGAIB, 2020).

A mulher passa por uma série de transformações gravídicas que alteram desde a sua forma de andar até a coloração de partes de seu corpo (LYNN, 2018). Acometida de inúmeras emoções e pensamentos que são únicos e seus, cada mulher percorre a trajetória gestacional à sua maneira.

A gravidez deve ser sempre monitorada, esse acompanhamento recebe o nome de pré-natal, pois precede o nascimento do concepto. O pré-natal visa a supervisão do binômio mãe-bebê. Desde a descoberta da gravidez, a gestante passa por uma série de cuidados que objetivam o desfecho gestacional favorável tanto para a mãe quanto para seu filho. Segundo o Ministério da Saúde:

“O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.” (BRASIL, 2013a, p.33)

O período gestacional é contado em semanas. Na raça humana, conforme aponta o Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013a, p.72), a gravidez dura quarenta semanas, ou seja, 280 dias, ou ainda, os conhecidos nove meses. Para a prática clínica, em algumas situações divide-se a gravidez em duas metades, ou seja, antes e depois das vinte semanas, em outras trabalha-se com a divisão em trimestres.

Ao abordar a gravidez na divisão ao meio, percebe-se situações de risco para a primeira fase, por exemplo, a possibilidade de perda gestacional, o aborto, bem apresentado pelo Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013a, p.159). Sinais e sintomas também são mais característicos em uma metade da gravidez que na outra. Essa estruturação organiza o atendimento prestado à gestante.

Já ao se caracterizar a gravidez em trimestres, também apresentada pelo

Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013a, p.44), é possível pesquisar e identificar complicações que podem ser conduzidas e tratadas em cada fase da gravidez, estudar a prevalência de determinada situação de acordo com a fase gestacional e aplicar o cuidado necessário para cada evento. Ou seja, as duas padronizações são importantes e habituais no seguimento pré-natal.

Conforme determinado por protocolos sanitários e ratificado pelo Ministério da Saúde:

“Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 28ª semana – mensalmente;

Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.” (BRASIL, 2013a, p.62)

O termo "obstetrícia" deriva da palavra latina obstetrix, originária do verbo obstare ("ficar ao lado" ou "em face de"), e significa "a mulher que está ao lado, assistindo à parturiente" (ZUGAIB, 2020, p.2). A obstetrícia é especialidade da saúde que assiste à mulher desde seu desejo reprodutivo até o pós-parto.

A saúde pré-concepcional é importante para todas as mulheres e homens, independentemente de planejarem ou não terem filho(s) um dia (CDC,2020). Por isso, as mulheres que se apresentam especificamente para avaliação pré-concepcional devem ser informadas que a coleta de informações pode ser demorada, dependendo do número e complexidade dos fatores que requerem avaliação (CUNNINGHAM *et al.*, 2018, p.332).

Na assistência obstétrica também se trabalha com o planejamento familiar, fornecendo à mulher ferramentas e entendimento que possibilite a sua escolha sobre o melhor método contraceptivo para ela, assim como o aconselhamento reprodutivo. Ninguém espera uma gravidez não planejada, mas acontece com frequência. Na

verdade, cerca de metade de todas as gestações nos Estados Unidos não são planejadas (CDC, 2020).

No Brasil, estudo recente aponta que por volta de 62% das mulheres já tiveram pelo menos uma gravidez não planejada no Brasil (BAYER, 2022?). Conforme texto disponibilizado pela indústria farmacêutica referente a pesquisa realizada via internet entre agosto e setembro de 2021, este índice alarmante foi revelado por uma pesquisa da Bayer, em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e realização pelo IPEC (Inteligência em Pesquisa e Consultoria) (BAYER, 2022?).

A falta de serviços de planejamento familiar e de informação sobre a possibilidade de engravidar estão entre as principais causas da gravidez indesejada (ONU, 2019).

O Caderno de Atenção Básica nacional que aborda a atenção ao pré-natal traz solidificada a instituição do planejamento familiar que é amparado legalmente:

“A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei nº 9.263/96, foi uma conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme consta na referida lei, o planejamento familiar é entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (art. 2º).” (BRASIL, 2013a, p.27).

Recentemente a lei supracitada passou por reforma no Congresso, vindo a ser alterados alguns pontos, como a idade mínima para realizar a contracepção definitiva. Com a entrada da lei em vigor, as mudanças devem ser respeitadas, porém, em momento algum, os direitos reprodutivos sofreram prejuízos.

Dessa forma, o planejamento familiar se dá tanto para a contracepção, quanto para o planejamento da concepção.

O processo gravídico passou a ser valorizado antes mesmo da fecundação; e o período preconcepcional, a ser considerado uma oportunidade ímpar em que várias orientações e abordagens são essenciais para a obtenção dos melhores resultados maternos e perinatais (ZUGAIB, 2020, p.2).

No acompanhamento obstétrico, identificado o desejo reprodutivo, inicia-se

medicações indicadas para o período pré-concepcional (BRASIL, 2013a, p 41), assim como acompanha-se o casal em todo o período gestacional, durante o parto e no pós-parto. Muitos desafios podem aparecer na trajetória da mulher em sua vida reprodutiva e as boas práticas servem para salvaguardar a mulher nesses desafios.

O período gestacional pode ser e normalmente é uma fase de desafios, sim, mas que devem resultar em boas lembranças e que encorajam a mulher nas suas tomadas de decisão. A procura por essas boas lembranças deste ciclo tão mágico e conturbado é o motor para busca da assistência obstétrica de qualidade que é direito de toda mulher. Segundo Cunningham et al. (2018, p.26), “por meio da assistência perinatal de qualidade, a especialidade (obstetrícia) promove a saúde e o bem-estar da gestante e de seu feto”.

1.3 HISTÓRIA E TRAJETÓRIA DO PARTO

A assistência ao parto passa por um processo de transformação para a mulher, em que ela deixa de se ver como filha e passa a se entender como mãe, responsável por aquele ser a quem acabara de dar à luz. A mulher deixa de ser abrigada pela maternidade e passa a ser responsável por alguém que há pouco tempo era fácil de cuidar. Enquanto no ventre, a mulher transita por todos os espaços com seu filho sempre amparado e protegido, sabendo exatamente onde ele está. É fácil de entender que o filho está seguro, pois faz parte da mulher, aonde ela for ele vai, o que ela usar ou fizer irá repercutir em seu conceito, e tudo bem, ela sabe disso e se compromete com as consequências de seus atos. Pois bem, seu filho quer nascer, e agora?

Segundo Souza, Souza e Rodrigues, 2013, p.177:

As mulheres vivenciam uma série de mudanças no período do puerpério, desde a considerável diminuição das horas de sono, até a perda de sua autonomia, uma vez que toda a sua rotina é controlada de acordo com os horários do bebê. Esse período traz uma série de sentimentos novos, que passam a participar de suas tomadas de decisão, daquele momento em diante.

Eis o momento em que a mulher se sente frágil, submissa às situações que fogem à sua vontade ou às suas decisões, é o momento do trabalho de parto. O parto tem um potencial metamorfose para a mulher, é o momento em que ela vive uma série de emoções que a transformam. É o ápice da percepção de que aquele ser que estava em seu ventre passará a estar em seus braços. Dentro da perspectiva que considera as situações de crise como encruzilhadas existenciais, necessárias ao desenvolvimento da pessoa, a gravidez surge como um momento privilegiado para a reformulação de todos os valores vitais da mulher (MALDONADO, 1976, p.251). Momento que revela o quanto os seres podem ser melhores, justamente por serem responsáveis por cuidarem de outros seres. Muitas famílias, de diversos formatos, mas todas focadas na chegada de um novo indivíduo, buscando dias melhores.

A maioria das mulheres entendem e acreditam que a maternidade é um marco, um limiar, um divisor de águas. Pois bem, o ato de tornar-se mãe é independente de cor, credo ou religião, é dissociado da época ou do lugar. A maternidade é um evento

especial, é um período de transformação. Esse período já passou por diversas facetas. Ora as parteiras foram as mais importantes no cenário, eram as mulheres vividas que ajudavam outras senhoras a se tornarem mães. Período em que todo o trabalho e cuidado era ao mesmo tempo banalizado e valorizado. Conforme Martins (2004, p.73), as relações entre médicos e parteiras foram bastante estudadas e são bem conhecidas pela historiografia feminista.

Depois surgiu o período das parteiras de bairro, mulheres experientes que auxiliavam outras mulheres a trazerem seus filhos ao mundo, em casa, sem custo, à troca de recompensas muitas vezes simples, como uma galinha, uns peixes, uns pães. E quanto orgulho ao perceber registo de maternidade municipal com nome de parteira (HOSPITAL, 2010). Sim, mulheres simples, do povo, homenageadas por terem ajudado uma região a vir ao mundo, eram as Anas, as Marias, as Joanas, eram as parteiras. Mulheres de garra que auxiliaram na chegada de pessoas que hoje são representantes da região, geração que agregou valores de ajuda e cuidado, independente de seu grau de formação. Pessoas criadas com valores de respeito e igualdade que independem de cultura e escolaridade.

Sim, eram as parteiras que se dispunham a abandonar seus lares para acudir mulheres nos períodos do parto. Conforme Zugaib (2020, p.15), nos primórdios da obstetrícia, as parteiras (aparadeiras, parteiras leigas) realizavam os partos nos hospitais, ou em domicílio, arcando com todas as funções que envolvem o atendimento global da parturiente, incluindo a assistência ao recém-nascido.

Esse cenário sofreu mudanças. Nos últimos tempos, com o avanço dos métodos diagnósticos, a obstetrícia sofreu rápida transformação e tornou-se evidente que a especialidade vai muito além do domínio da técnica cirúrgica (ZUGAIB,2020).

O conhecimento e a segurança hospitalar levaram os partos para as maternidades, com equipes de saúde treinadas a prestar assistência às mulheres no processo do parto. Os centros obstétricos auxiliam o nascimento, com equipes formadas por diversos profissionais (BRASIL, 2013a, p 46), dentre eles, médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, doulas e toda a rede de apoio hospitalar: farmácia, limpeza, copa, administrativo, inúmeros profissionais trabalhando em suas escalas de horário para buscar o amparo seguro ao parto.

Muito estudo se deu em torno do parto. Atualmente, muito bem definidos, os

períodos da fase ativa do trabalho de parto são quatro: a dilatação, a expulsão, a dequitação e o período de Greenberg (LYNN, 2018).

A FEBRASGO (2021) apresenta em seu manual que:

Antecedendo as fases clínicas do parto, existe o período preparatório ou pródromo do TP. Na sequência, há a fase de dilatação (primeiro período), a fase de expulsão (segundo período), a dequitação (terceiro período) e, por fim, o quarto período ou de Greenberg (p.6).

Cada período possui suas características e suas fases de cuidado. O primeiro período, ou período de dilatação é o trabalho de parto propriamente dito, momento em que a mulher já apresenta contrações efetivas e dilatação progressiva. O segundo período, conhecido como expulsão é o parto em si, é o momento do nascimento, ocasião da saída do concepto. O terceiro período é a dequitação, a saída da placenta, onde é importante observar se ela saiu completa, além das suas características. O quarto e último período é o período de Greenberg, espaço de tempo de uma hora pós-parto, nesse momento é onde pode ocorrer hemorragias maternas, é a hora de ouro, alerta de cuidado redobrado. É um período importante para salvaguardar a vida da mãe imediatamente após o parto (LYNN, 2018).

A assistência obstétrica é uma fase de grande valia para o cuidado da vida do binômio mãe-bebê. A percepção da importância de caracterizar e observar todos os períodos do parto é uma forma de cuidado com as duas vidas. Fala-se em duas, por se pensar em uma mãe e um feto, mas vale lembrar que pode se referir a três, quatro, ou quantas mais o destino reservar. Segundo Zugaib, 2020 (p 434), existem preocupações que não se limitam à segurança e à saúde do binômio materno-fetal, mas se estendem também aos desejos da mãe.

O cuidado com a gestante deve ultrapassar a assistência técnica em si, abrangendo a humanização e toda a estrutura necessária para um parto seguro. E não se pode deixar de falar em assistência técnica de qualidade quando se fala em humanização. O amparo ao casal deve abarcar o cuidado, o afeto, a técnica e a qualidade em assistência. A omissão não pode ser admitida, a responsabilidade deve ser integral ao se prestar assistência ao parto. Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber o que e como dizer, pois, essa habilidade é crucial para uma atenção adequada (BRASIL, 2013a, p.121).

1.4 VIAS DE PARTO E SUAS INDICAÇÕES

A mulher gestante pode evoluir para trabalho de parto a qualquer momento, passada a vigésima semana. Quando o parto ocorre antes da trigésima sétima semana, o recém-nascido é prematuro, podendo necessitar de cuidados de unidade de terapia intensiva neonatal devido à prematuridade. O recém-nascido termo, é aquele que vem ao mundo entre a trigésima sétima semana e a quadragésima segunda semana, porém, a partir da quadragésima semana o nascituro já é considerado pós-data, expressão que caracteriza a gestação após a data provável do parto e merece supervisão cuidadosa. Dessa forma se explica a conceituada definição trazida pela Organização Mundial de Saúde e recomendada pela FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) desde 1976, que perduram até a atualidade:

Pre-term: less than 37 completed weeks (less than 259 completed days)

Term: From 37 completed weeks to less than 42 completed weeks (259 to 293 days)

Post-Term: Forty-two completed weeks or more. (WHO, 1976)

Por muitos anos, a via de parto existente era o parto normal. Com o desenvolver dos estudos médicos, técnicas cirúrgicas surgiram e as equipes médicas passaram a ter ferramentas seguras para assistir àquelas mulheres que por algum motivo não podiam evoluir para parto normal. A mortalidade materna e neonatal reduziu muito com os recursos do parto cirúrgico.

O Parto Fórceps, parto vaginal instrumentalizado que necessita de dois médicos obstetras para ser aplicado, surgiu como uma forma de auxílio às mulheres para os então chamados partos difíceis. Com as novas práticas obstétricas e o aumento das indicações de cesariana, o uso do fórceps vem reduzindo, mas ainda é um instrumento imprescindível e salvador (BENZECRY, 2018, p.5).

Técnica de parto ainda utilizada, o Parto Fórceps foi aprimorado, havendo diferentes instrumentos, cada um com sua precisa indicação. Conforme apresentado por Benzecry (2018), existe o carimbado fórceps de alívio, aplicado nos casos de período expulsivo prolongado, buscando otimizar o nascimento e trazer alívio materno e fetal. O fórceps indicado por fatores maternos e ainda em casos de

suspeita de comprometimento fetal, desde que haja condições de praticabilidade.

Segundo Benzecry (2018), o fórceps apresenta as funções de preensão, rotação e tração. Nos casos que necessitam de rotação, o instrumento funciona como uma ferramenta que auxilia o nascituro a realizar o movimento de giro, permitindo que a variedade de posição seja a adequada ao nascimento vaginal.

Explicando melhor, se a face do feto está voltada para qualquer ângulo que dificulte seu nascimento, ele é auxiliado a se ajustar de forma que o diâmetro do polo cefálico fetal se posicione naquele que é o menor, adequando a passagem pela bacia materna sem dificuldade. Existe ainda o fórceps que é aplicado no nascimento pélvico, ocasião em que o feto está “sentado” no ventre materno, ao invés de ter seu polo cefálico encaixado na bacia materna. Nesse caso, no nascimento ocorre a saída do ovoide córmico, ou seja, do corpo do concepto, antes da saída do polo cefálico, podendo ser necessária a aplicação do fórceps para a saída da cabeça. Vale lembrar que as funções de rotação e tração podem ser exercidas simultaneamente ou em tempos sucessivos, dependendo de cada situação (BENZECRY, 2018, p.7).

As condições de aplicabilidade do parto fórceps são consolidadas na literatura médica: concepto vivo ou com morte recente, anestesia materna, bexiga vazia, colo cervical com dilatação completa, membranas ovulares rotas, diagnóstico correto da variedade de posição, apresentação baixa (plano + 2 de Lee) e episiotomia (BRASIL, 2001; NEME, 2005; REZENDE, 2005).

Historicamente, o surgimento da cesariana, parto cirúrgico via abdominal, ocorreu em casos *post-mortem*, permitindo o nascimento do concepto após a abertura de sete camadas da parede abdominal de sua mãe. Segundo Parente *et al.* (2010, p.482):

É certo que as primeiras cesarianas foram realizadas em gestantes mortas. Antes de 1500, a cesariana era realizada em benefício da criança com o sacrifício da mãe, apesar de referências ocasionais a mães que sobreviveram.

Com o passar dos anos, a urbanização e o surgimento dos hospitais, a cesariana passou a ser uma técnica cirúrgica cada vez mais estudada e aprimorada (PARENTE *et al.*, 2010). Por motivos alheios à vontade das equipes técnicas

habilidosas na assistência ao parto, o parto fórceps passou a ser visto como vilão provocando repulsa à sociedade, mesmo sendo fonte de segurança e auxílio ao parto, enquanto isso, o parto cesariana ganhou posição de destaque, passando a ser uma via de parto confortável.

Segundo apontamento de Borem (2015, p.447):

Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendar, baseada em sólida literatura, que o percentual de cesárea não deve ultrapassar 15% do total de partos, este conhecimento parece não “incomodar” a classe médica brasileira, as gestantes, os gestores da saúde pública e/ou privada e as sociedades médicas de ginecologia/obstetrícia e pediatria.

Conforme Cunha (2011), existem circunstâncias em que o Fórceps se mostra superior à Cesárea, como, por exemplo, em casos de parada de progressão e de sofrimento fetal no período expulsivo. O autor aponta:

O parto a fórceps implica em conjunto de condições adequadas: o ambiente deve proporcionar a possibilidade da realização da cesárea, o obstetra deve ter experiência com o tipo de cirurgia e o tipo de instrumento, e a falha do fórceps deve ser considerada após três trações sem progresso, quando está indicada a cesárea. (CUNHA, 2011, p.553)

Parente *et al.* (2010, p.486) traz que a cesariana é uma tecnologia que nos trouxe enorme auxílio para mitigar a mortalidade materna no século XX. Fato inegável na prática obstétrica, porém, na atualidade, o conforto da cesariana é perceptível pela facilidade de agendamento e pela escolha de data para o parto. Porém, essas facilidades trouxeram para a via de parto abdominal riscos não previsíveis, ocorrendo casos extremos, de pedido de agendamento para parto com nascituro ainda prematuro para escolher determinada data comemorativa ou então para fugir de um ou outro período festivo. Essa banalização da via de parto traz riscos imensuráveis ao binômio, podendo resultar em marcas permanentes ao nicho familiar. Atualmente fala-se em deixar o feto escolher a hora de nascer, ou seja, deixar haver algum sinal de trabalho de parto, mesmo que a escolha da via de parto seja cirúrgica.

Segundo Rattner, *et al.* (2021, p.6):

No Brasil, um dos fatores que dificulta a redução da mortalidade materna é o elevado número de partos cesáreos eletivos e/ou sem indicação com base em evidências científicas, tornando-se um desafio inclusive para a saúde pública, provocando riscos desnecessários à mulher e à criança, além de custos adicionais para o sistema de saúde.

Dessa forma, existem três vias parto possíveis, o parto normal, o parto vaginal operatório (Parto Fórceps e Vácuo-Extrator) e o parto cesariana, cada uma com suas possibilidades e indicações. O parto normal e os partos vaginais operatórios ocorrem pelo canal de parto (por via vaginal) enquanto o parto cesariana ocorre por via abdominal.

Para a busca de uma assistência obstétrica adequada é imprescindível que a mulher saiba de todas as possibilidades e seja orientada sobre as vantagens e riscos de cada via de parto. Conforme (FEBRASGO, 2021, p.5-6):

Durante todo o processo, a paciente e seu acompanhante devem ser tratados com respeito e incluídos na tomada de decisão. Isso não significa adotar apenas o que eles julgam correto, mas garantir uma comunicação eficiente, fornecendo informações baseadas em evidências, customizadas para as diferentes fases do TP (Trabalho de Parto), almejando o encontro de um consenso seguro entre eles e os membros da equipe.

Dessa forma, fica evidente que cada via de parto apresenta indicações específicas e cada caso tem sua indicação de via de parto, por isso a melhor solução para o dilema da escolha do parto sempre deve ser amparada pela indicação da equipe que assiste a paciente, caso a caso.

1.5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Por muitos anos tanto o trabalho de parto, quanto a via de parto foram entendidos como um cenário onde o protagonista era o médico, esse entendimento pode ter tornado o processo mecânico e provocado um afastamento entre a paciente e os profissionais de saúde. Com o passar do tempo, as mulheres começaram a se conscientizar e a buscar informações sobre via de parto e assistência obstétrica.

O constituinte brasileiro de 1988 elegeu a dignidade da pessoa humana como sustentação do próprio Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988), sendo que princípios de respeito à igualdade, à integridade física e moral e à autonomia da vontade das mulheres são desrespeitados quando ocorre violência no cuidado obstétrico. Por essa razão, prestar um cuidado obstétrico de qualidade, com respeito à mulher, é mandatório para uma assistência obstétrica digna.

Segundo Mariani e Nascimento-Neto (2016, p.49), o termo 'violência obstétrica' foi criado pelo Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia, da Venezuela, em 2014. Os autores trazem que o termo nomeou as lutas do movimento feminista que buscava a eliminação e a punição dos procedimentos tidos como violentos que são realizados durante o atendimento e assistência ao parto.

É imperioso ressaltar que o termo violência obstétrica não é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em qualquer de suas publicações até a presente data. Em declaração publicada e difundida a nível mundial, a OMS (2014, p.1) traz que:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos.

Conforme apontado por Rattner (2021, p.43), no Brasil, como em outros países da América Latina, o termo "violência obstétrica" é o mais utilizado para descrever as diversas formas de abuso ou desrespeito ocorridos na assistência à

gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Dessa forma, buscando utilizar o tema em destaque na América Latina e já presente em processos jurídicos em nosso país, o trabalho seguirá utilizando o termo violência obstétrica, com a ressalva de não ser nomenclatura reconhecida ou tratada em aspecto mundial.

Supõe-se que a violência obstétrica abrange três momentos distintos do atendimento no serviço de saúde, quais sejam pré-parto, parto e pós-parto. Nessa ótica há aspectos relevantes para citar que são a possibilidade de participação da mulher no processo decisório durante esses três momentos, a importância da explicação de riscos e benefícios de cada situação e a valorização da mulher em tomar decisões conscientes em cada fase. Há estudos que demonstram que o sentimento de não ser informada e não ter tido a oportunidade de participar nas decisões foram associados à insatisfação (MARIANI; NASCIMENTO-NETO, 2016)

Mariani e Nascimento-Neto (2016) trazem que o conceito de violência obstétrica se justifica com todos os atos praticados no corpo da mulher e do feto sem o consentimento da mulher, além de procedimentos já superados pela medicina, porém ainda muito utilizados, principalmente no atendimento realizado pelo SUS. São considerados procedimentos de violência obstétrica a episiotomia (corte na região do períneo) e a manobra de Kristeller (quando a barriga é empurrada por profissionais de saúde), o enema (lavagem intestinal), o uso da ocitocina sintética (hormônio acelerador das contrações), a utilização da anestesia e do fórceps, o jejum de comida e água, exames de toque frequentes (usados para conferir a dilatação e a descida do concepto), o rompimento artificial da bolsa e a posição horizontal da mulher.

Dessa forma, assim como os atos praticados contra o corpo feminino, Nunes (2021, p.38) “aponta que além de uma modalidade de violência institucional e de gênero a violência obstétrica também vem sendo considerada violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres”.

É importante destacar também que a violência obstétrica pode ser enquadrada na categoria de crime, e há vários movimentos sociais, principalmente feministas que tentam demonstrar o caráter violento dos procedimentos citados. Um exemplo comum é a episiotomia, que quando realizada sem autorização pode ser interpretada como crime contra a integridade física da mulher, caracterizando lesão corporal, com

previsão no artigo 129, do Código Penal brasileiro (BRASIL, 2019a).

É válido ressaltar que muitos dos atos descritos estão proscritos na assistência ao parto, não sendo indicados em sua realização rotineira e apresentam indicação precisa. Por exemplo, a indicação do parto fórceps, quando preenchidos os critérios de aplicabilidade do instrumento e havendo tração de prova positiva, ou seja, o fórceps sendo bem indicado e aplicado, está associada a realização de episiotomia. Assim, a realização de episiotomia, nesse caso, em momento algum pode ser tida como violência obstétrica, vez que a não utilização desse procedimento pode resultar em lesões uretrais e lacerações retais com consequências permanentes para a mulher, resultando em piora da sua qualidade de vida (BENZECRY, 2018, p.9 e p.14). Em revisão sistemática e metanálise, LUND *et al.* (2016) aponta que a episiotomia mediolateral ou lateral reduziu significativamente risco de lesão obstétrica do esfíncter anal em partos assistidos por vácuo em mulheres primíparas.

Dessa forma, a generalização da expressão violência obstétrica resultou em um aumento da judicialização nessa área, mesmo havendo situações em que determinadas intervenções se fazem necessárias na busca à assistência mais segura do binômio mãe-bebê. Em contraponto, Rattner *et al.* (2021, p.48) aponta que no Brasil, o Poder Judiciário ainda não está sensibilizado com a questão do abuso, desrespeito e maus-tratos na assistência ao parto como violação de direitos humanos.

Segundo OMS (2014, p.3):

Eliminar o desrespeito, os abusos e os maus-tratos durante o parto somente será possível por meio de um processo inclusivo, com a participação das mulheres, comunidades, profissionais e gestores da saúde, formadores de recursos humanos em saúde, organismos de educação e certificação, associações profissionais, governos, interessados nos sistemas de saúde, pesquisadores, grupos das sociedades civis e organizações internacionais.

Assim, sabendo que a experiência vivida pela paciente e por sua família neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas, cabe a todos os profissionais da saúde envolvidos na assistência ao parto garantir informação de qualidade. Apenas com a abrangência ampla do tema é possível permitir ao casal decisões fundamentadas sobre via de parto e adequação

às práticas assistenciais necessárias a cada procedimento a ser realizado.

Conforme nos apresenta Vilanova, et. al. (2021, p.124 e p.133), a segurança do paciente e a educação interprofissional são temas recorrentes e articulados no campo da saúde em todo o mundo, trazendo o pensamento de que a maior responsabilidade dos médicos para o cuidado de um paciente significa que estes profissionais estão mais preocupados em seguir práticas estabelecidas em protocolos escritos. Amparados por essa prática baseada em protocolos vigentes, o profissional qualificado é capaz de potencializar a tomada de decisão da paciente e de seu acompanhante a partir do fornecimento de subsídios adequados. Enfim, Vilanova, et. al. (2021) nos traz que a segurança do paciente pode ser aumentada, em contraponto, os erros evitáveis, os erros e até as mortes podem reduzir com base num currículo fundamentado em comunicação eficaz, cuidado integral e responsabilidade compartilhada entre diferentes profissões.

1.6 HUMANIZAÇÃO

O movimento de humanização do parto chega a ser contraditório na essência da expressão, vez que o assunto em pauta é o parto de humanos. Pois bem, o termo já está instituído e a humanização da assistência prestada a humanos está em pauta.

No cuidado obstétrico, a assistência ao binômio deve ocorrer de forma integral, buscando salvaguardar a vida da mãe e de seu concepto. Os direitos do nascituro estão em pauta, os direitos das mulheres são assunto principal e eis que cuidados prestados à mulher podem passar a ser entendidos como inadequados. Intervenções que fazem parte da assistência obstétrica e que têm critérios para serem empregues podem ser solicitadas sem haver indicação, ou ainda, criticadas, mesmo quando bem empregadas. Como complemento às colocações trazidas, temos Rattner, *et al.* (2021, p.63), nos apresentando que:

A cirurgia cesariana é reconhecidamente uma intervenção que permite melhorar o prognóstico seja da mulher, seja do bebê, quando há algum fator que coloca em risco suas vidas. Todavia, se utilizada de forma eletiva, fora de suas indicações precípua, pode ter consequências desfavoráveis.

Vale ressaltar, conforme apontado por Rattner, *et al.* (2021) ao abordar o tema cesariana, que “o aumento das complicações associadas às intervenções e aos procedimentos cirúrgicos rotineiros certamente colabora com o aumento do risco de morte durante o período gestacional”. Reforçando assim, a necessidade de seguir os protocolos existentes sobre a indicação de cesariana.

Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, podem ser entendidas como de uso rotineiro, de aplicabilidade comum, atingindo um grande número de mulheres e seus filhos ou filhas que são assistidas em hospitais no país. Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: “excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer.” (BRASIL, 2017, p.6).

Consta também na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal que:

“Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu filho ou filha, estão também em busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções” (BRASIL, 2017, p.06).

Já discutido anteriormente, o período gestacional é um período de transformações únicas para a mulher, para o casal e para toda a família. A chegada de um novo ser traz expectativas, angústias e é regada de muitas incertezas. A busca por escolhas conscientes é o que tange uma boa assistência obstétrica. Momentos de insegurança e aflições devem ser equilibrados por orientações claras, que garantam à mulher e ao casal decisões e entendimentos que amparem uma via de parto segura e que não possam permitir perturbações posteriores.

A humanização preconiza o uso das boas práticas obstétricas e busca garantir à mulher a segurança e o amparo necessários para um parto seguro. A explicação sobre todo e qualquer procedimento ou abordagem, assim como a relação médico-paciente são pilares fundamentais para a assistência obstétrica de qualidade. Segundo Rattner, *et al.* (2021, p.22), a humanização do nascimento é uma corrente de pensamento que se expressa no mundo inteiro e que se propõe a dignificar o parto combatendo as interferências desnecessárias no processo fisiológico.

É direito da mulher o conhecimento sobre todos os atos que podem ser usados no parto. A mulher é a protagonista da assistência e tem direito de saber todo o passo a passo a que pode ser submetida. Sendo ciência de verdades transitórias (Goldenberg, 2007), a medicina deve ser fundamentada na prestação de cuidados de qualidade. Embutida nesse cuidado está a prestação de assistência fundamentada em explicações sobre todas as possibilidades que podem aparecer tanto na gestação quanto no parto e puerpério.

Rattner, *et al.* (2021, p.22) aponta que a humanização do nascimento é uma atitude de respeito ao protagonismo da mulher, à visão integrativa e interdisciplinar e à Medicina Baseada em Evidências. Dessa forma, o empoderamento da mulher deve estar amparado em informações que possibilitem a tomada de decisões conscientes em conjunto com a equipe que irá prestar assistência ao seu parto. As informações são os pilares para as decisões conscientes, a humanização inclui a conscientização

da mulher para a tomada de escolhas seguras, fundamentadas no conhecimento, tornando estas decisões raciocinadas. Apenas assim a mulher poderá assumir o protagonismo em sua assistência obstétrica.

Mediante ao conteúdo até então exposto, fica claro como a importância de conhecimento acerca do tema violência obstétrica se faz necessária tanto para fortalecer o empoderamento feminino no tocante ao parir, quanto para uma orientação social sobre as formas de violência no período gestacional. Essa conscientização é importante para direcionar situações judiciais atuais e futuras como também para que a mulher tenha consciência de suas escolhas ao tomá-las.

A tomada de decisões conscientes inclui a percepção de que condutas baseadas em evidências trarão benefícios às mulheres, amparando suas escolhas compartilhadas com a equipe que estará prestando assistência em um período tão divino. O conhecimento acerca do tema busca demonstrar a percepção de uma profissional, médica, mãe e mulher que presta assistência obstétrica em instituições públicas e privadas.

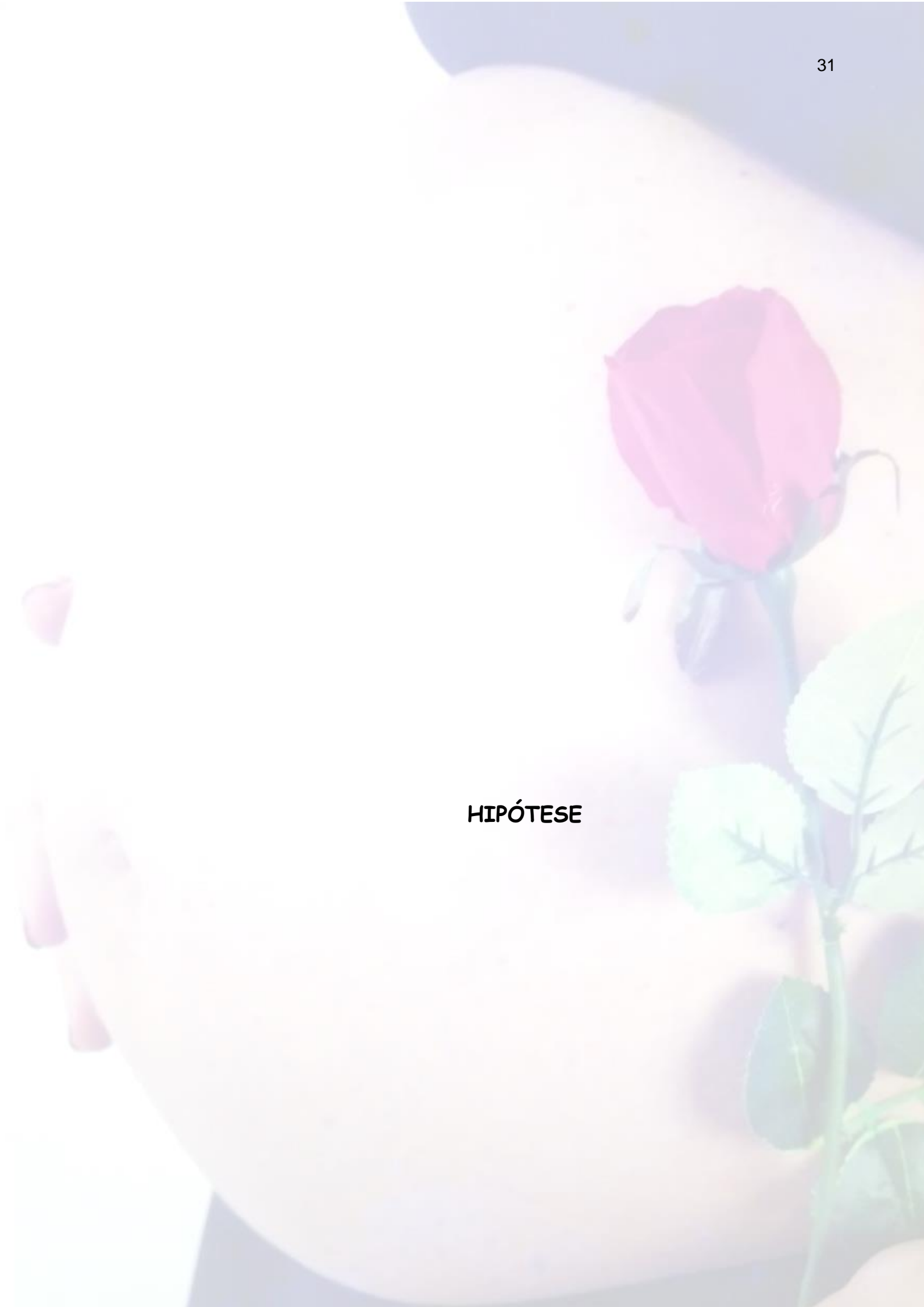
Não menos importante, é valioso aqui apontar o aspecto pessoal do profissional médico. Além de atuar em sua profissão, assim como todos os outros trabalhadores, o médico também desenvolve atividades pessoais, familiares, educacionais, dentre outras. Conforme apontam Grosseman e Patrício (2004), o ser humano tende a considerar o “outro” como um ser pouco importante, quando a sociedade é individualista, e, dessa forma, os dois passam a desenvolver uma relação de interesse, onde cada um tenta ver o que pode “tirar” do outro, perdendo a oportunidade de vê-lo como parceiro.

A escolha pela medicina agrega ao profissional médico algumas necessidades inerentes à profissão. Como apontam Costa e Azevedo (2010), a busca incessante pelo conhecimento técnico, o exercício da habilidade de comunicação, a compaixão, a empatia, a resiliência, a liderança positiva são atributos do profissional médico. Exercício diário de autoconhecimento, a medicina embute em seu profissional a necessidade de aquisição e treino desses valores na busca de um desempenho profissional autoconfiante, autoconsciente e autocrítico constante. Assim, a sensibilização do médico pelas alterações sentidas, vividas e refletidas pelo paciente momento a momento resulta na empatia da arte exercida nessa profissão.

Além da importância da sensibilização do profissional médico, este trabalho de pesquisa vem, de forma clara e de fácil leitura, trazer aprendizado acerca do tema para profissionais além da área médica. Procurando possibilitar o acesso de trabalhadores de outras áreas da saúde, bem como de pessoas que atuem em outras profissões e venham lidar com a violência obstétrica. Dessa forma, buscando abarcar a intersecção entre a assistência à saúde da mulher e o judiciário, o texto vem tornar o tema palatável à diversos contextos.

Dessa forma, justifica-se a tentativa de evitar silenciamentos, onde a mulher que vivenciou atos de abuso, desrespeito ou maus-tratos no ciclo gravídico puerperal deixe de reconhecê-los como tais e, menos pretensiosamente, direcionar o judiciário para decisões lineares sobre uma problemática cada vez mais em evidência nessa seara. Criando assim a possibilidade de esclarecer o tema abordado, evitando que fatos sejam mal interpretados em desfavor da paciente ou do profissional. Sem, contudo, deixar esquecer que o médico, além dos atributos trazidos pela profissão que escolheu, também se trata de um ser humano, uma pessoa acometida de fragilidades e incertezas, com rotinas diárias que vão muito além do exercício da medicina, mas sempre buscando desempenhar com zelo os desafios trazidos por seu labor.

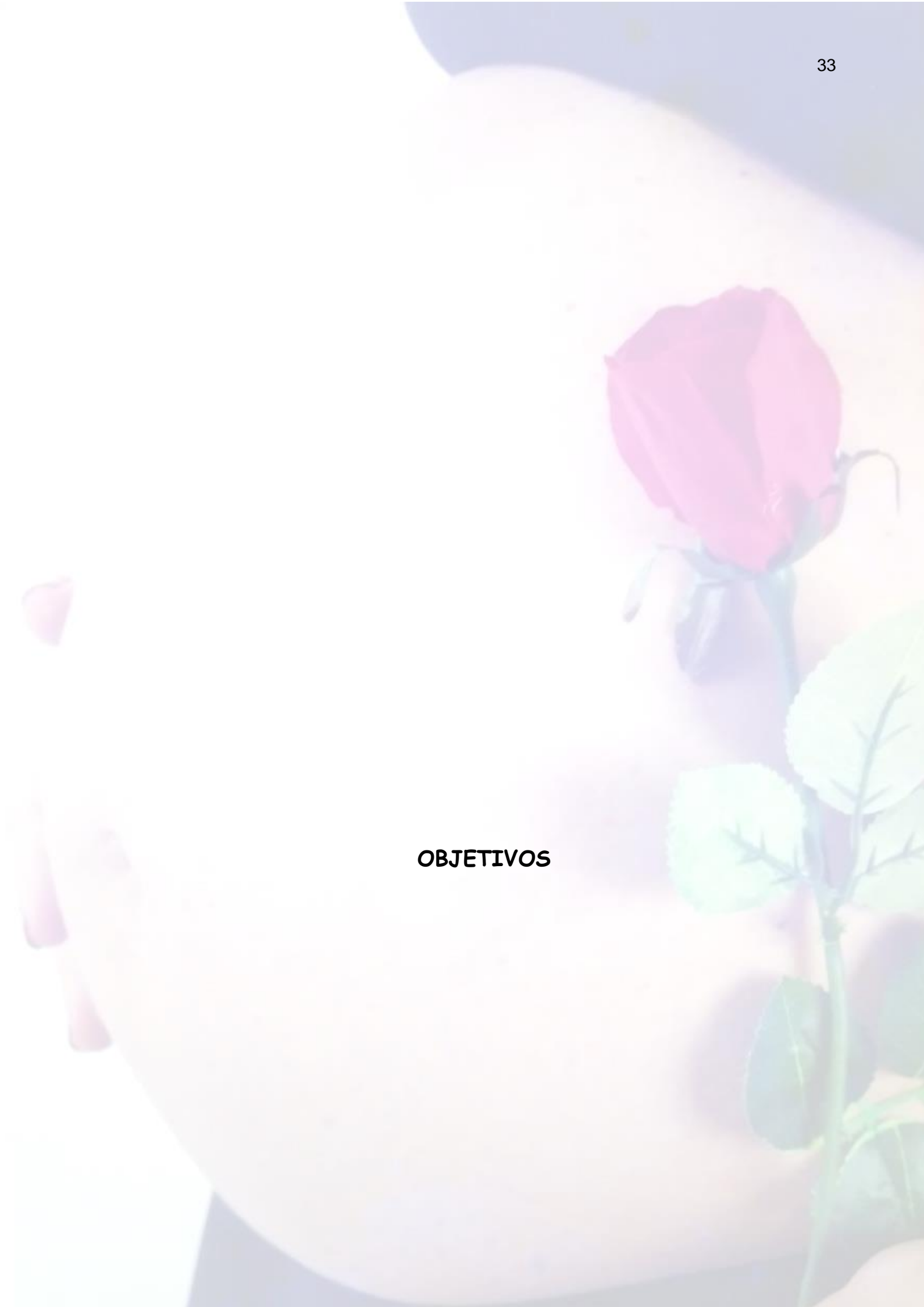
HIPÓTESE



2. HIPÓTESE

Em algumas circunstâncias, os atores envolvidos no processo gestacional e no nascimento sentem fortemente o desrespeito e abuso à mulher na vivência desse período. Explorar o tema violência obstétrica aumenta a conscientização das mulheres e pode reduzir os processos sem fundamentação. Uma vez que a paciente tiver conhecimento acerca do tema, assim como quando o judiciário tiver esclarecimento sobre a existência de abusos, desrespeito e maus-tratos sobre a mulher, a judicialização dar-se-á de forma clara, possibilitando a ponderação sobre a ferramenta processual, utilizada de forma indiscriminada em alguns casos e esquecida em outros.

OBJETIVOS



3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever cenas de vivências da profissional em sua trajetória, procurando identificar lacunas sobre o tema e apresentar meios de informar as mulheres sobre este tipo de violência.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Narrar a experiência, percepções e sentimentos como mulher e médica diante de vivências da prática obstétrica.

Apresentar meios de identificar tipos de violência obstétrica, a fim de que se torne clara a necessidade da busca por um equilíbrio, não podendo o tema ser banalizado pela judicialização desenfreada e, muito menos, ser causa de silenciamento feminino.

3.3 OBJETIVO DO PRODUTO

Através de material educativo construído com base no conteúdo prático profissional narrado, o produto deste trabalho resultará em *folders* informativos acerca do tema, contextualizando as boas práticas obstétricas.

Divulgar "*flashes*" informativos nas instituições de saúde, tanto na rede pública quanto privada, que recebem gestantes em todas as fases do ciclo gravídico puerperal, podendo estender à orientação contraceptiva em todo ciclo reprodutivo da mulher.

MÉTODOS



4. MÉTODOS

Através de pesquisa qualitativa que usa a abordagem metodológica “narrativa de si”, a partir da descrição de cenas vividas e que impactaram a profissional ao longo da trajetória na assistência à saúde da mulher, foi buscado apresentar percepções e apontar possibilidades de assistência ampla e informativa, procurando garantir às mulheres escolhas conscientes. As cenas relatadas foram selecionadas por apresentarem situações graves que, ora geraram silenciamentos femininos e ora provocaram judicialização exacerbada.

A narrativa de si é uma forma potente de colocar no papel aquilo que se vivencia, nomeando de alguma forma todo o movimento em que as pessoas se envolvem nos processos de assistência. Com esse método, é possível dar sentido à aproximação e articulação de fatos, datas e espaços, retratando acontecimentos que, de alguma forma, são responsáveis pela nossa constituição atual. Assim, a narrativa vista de forma panorâmica apresenta um processo que denominamos de “ir e vir”, ou seja, transita pelas diferentes marcas temporais e tópicos abordados (STARLING; CONTI e NUNES, 2021, p.9).

A narrativa de si não é apenas um retrato pretérito, mas sim o presente e o futuro, o resultado de cenas vividas que define os seres humanos na contemporaneidade. A observação dos fatos por todos os seus prismas permite transformar o indivíduo. Segundo Furtado, 2020 “o ato de narrar pode ser o espaço do pensamento e da elaboração por excelência, já que é resgatar, dotar de sentido e delinear novos horizontes a partir do agora” (p.165).

As pessoas buscam ser ordenadas, datadas, organizadas, coerentes e dotadas de sentido desde sempre, mas na realidade vivemos em transformação constante, pautados em vivências conseguimos inventar e nos reinventar. As narrativas permitem ao indivíduo um olhar para o futuro, pautado em transformações no aqui e no agora, a partir de memórias e sentidos resgatados.

Furtado (2020) traz que:

“[...] as narrativas são, ao mesmo tempo, fruto do reconhecimento que o indivíduo faz sobre aspectos vivenciados e elaborados por ele. Por outro lado, esse reconhecimento será completo quando ele puder

fazer efetivo uso dessas elaborações, tornando o presente e o futuro distintos com base na matéria do passado processada pela via da narratividade. Nesse momento, memória e narrativa constituirão fonte de transformação” (p.166).

Por algum motivo, fatos vividos e assimilados pelo indivíduo são retomados e passam a ser expostos por meio de narrativas. Dessa forma se realizou a construção deste trabalho, onde cenas vividas pela pesquisadora trouxeram à tona temas a serem esmiuçados e esclarecidos com fundamentação teórica. Ou seja, as cinco narrativas, exclusivamente escritas e analisadas pela pesquisadora, possibilitaram a discussão teórico prática acerca do tema violência obstétrica.

Nesse trabalho, a proximidade com a assistência obstétrica motivou a apreciação de tema tão importante, que é a violência ora vivida e ora desconhecida a partir da percepção de vivências da profissional, médica, mãe e mulher em situações que chamaram a atenção da pesquisadora, sobre a necessidade de abordagem e empoderamento acerca do tema. Somos compostos por muitas narrativas e, a partir da apropriação dessas narrativas, podemos expor os diversos ângulos das situações vividas.

Escrever sobre si parece revelar as transformações e reflexões vividas ao longo dos anos dedicados à assistência à saúde da mulher, mais especificamente da gestante, sendo desafiador transcrever percepções e propostas de melhoria.

Foram narradas cinco cenas vividas e/ ou assistidas pela pesquisadora, que trarão ao leitor a possibilidade de adentrar na cena a partir da leitura e formular sua percepção a partir das fundamentações teóricas apontadas ao longo do trabalho. A produção de dados contou com algumas situações de silenciamento e outras de judicialização desenfreada, buscando apontar a necessidade urgente de abordagem sobre um tema tão singular. Segundo Gomes (2019, p.13):

Em se tratando, especificamente, da Judicialização da Saúde, a gestão pública como um todo tem se mostrado bastante receosa com os rumos que a atuação desenfreada do Judiciário pode tomar, notadamente no que se refere aos litígios individuais, visto que este tipo de demanda constitui a maioria esmagadora das decisões, e possivelmente geram um desequilíbrio em um dos princípios basilares da Saúde Pública, o da universalidade, visto que grande aporte financeiro é direcionado à satisfações individuais em detrimento da coletividade.

A partir da produção de diários de campo, foram extraídas cenas reais, com um mergulho individual e profundo em detalhes específicos de cada situação ocorrida, que refletem o entendimento da autora a respeito do assunto. Os diários de campo contaram com notas descritivas, com detalhamento do cenário de cada situação e também com notas intensivas, que trouxeram a percepção no que concerne ao fato ocorrido. Dessa forma, após a descrição do cenário, foi introduzida a percepção a respeito da situação narrada.

Ao longo da assistência prestada na medicina, muitos episódios se tornaram marcantes, uns pela singularidade do caso, outros por estarem associados a dores e tristezas inenarráveis, outros ainda por refletirem alegria e satisfação lindas de serem colhidas na trajetória da vida. Na seleção de cenas a serem apresentadas para fomentar a discussão sobre a complexidade da abrangência do tema Violência Obstétrica, foram analisados esses aspectos. Muitas histórias vividas, muitos momentos que caracterizam o tema, mas ao mesmo tempo, a necessidade de apresentar de forma clara e inteligível a obscuridade da expressão Violência Obstétrica.

Com o aprendizado do Direito e aprofundando os estudos dos direitos da mulher, é notório que muitas arestas não de ser aparadas na assistência prestada às gestantes, parturientes e puérperas. Todos os fatos vivenciados ao longo da trajetória médica ganham proporção acentuada com a visão jurista, por essa razão, a percepção como mulher, médica e advogada segue sendo construída e reconstruída na trajetória da vida. Expor algumas cenas e analisar seus aspectos à luz da medicina e do direito trouxeram repercussão nesse caminhar.

Dentre todas as vivências recordadas, foram descritas, com riqueza de detalhes, aquelas que apontam a diversidade que abarca o assunto. O escopo desta seleção é trazer reflexões amparadas por literatura, acerca da proposição realizada, buscando assim esclarecer o espectro abarcado pela temática desenvolvida.

ANÁLISE DE DADOS



5. ANÁLISE DE DADOS

5.1 ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE SI

Para esta pesquisa foi realizada análise qualitativa das narrativas, em uma perspectiva transdisciplinar.

Conforme Bardin, 2016 (p.15), a Análise de Conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

Bardin (2016) traz que uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo este ser um tema, uma palavra ou uma frase. Dessa forma se estrutura a presente pesquisa, a partir da categorização de episódios relatados nas cenas descritas.

A análise de conteúdo realizada busca compreender o ambiente em que aquelas pessoas estavam envolvidas naquele determinado momento. Bardin (2016) apresenta a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de perquirição das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, tendo como finalidade principal a interpretação delas. A organização da verificação das cenas respeitou as fases de análise de conteúdo descrita por Bardin (2016), seguindo três polos cronológicos:

1º a Pré-análise: é a fase de organização, buscando sistematizar as ideias iniciais. Nela ocorrem a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. Ocorre a categorização para a análise temática.

2º a Exploração do Material: consiste nas operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras formuladas na etapa anterior.

3º o Tratamento dos Resultados, a Inferência e a Interpretação: ocorre a síntese e a interpretação dos resultados.

Dessa forma ocorreram a codificação e a categorização das narrativas apresentadas, trazendo para estudo cenários não habituais da vivência na assistência obstétrica, gerando reflexões e análises.

Por fim, conforme Bardin (2016), a análise qualitativa é válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento. Dessa forma, o uso de Narrativas de Si como metodologia retrata a singularidade do tema abordado.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa qualitativa que não envolve seres humanos, foi elaborada Declaração de Responsabilidade em conformidade com as normativas acadêmicas disponibilizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, contendo as informações do projeto de pesquisa, a qual foi encaminhada, analisada e autorizada pela Coordenação do Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde do Instituto Saúde e Sociedade/*campus* Baixada Santista e Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS)/*Campus* São Paulo (APÊNDICE 1), respeitando as Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

A declaração de responsabilidade se fez necessária, pois a pesquisa não atende os critérios de inclusão na Plataforma Brasil para submetimento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2020). A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP (BRASIL, 2020). Conforme Brasil (1996), trata-se de pesquisa envolvendo seres humanos aquela pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. Dessa forma, por não se enquadrar nos critérios de inclusão da Plataforma Brasil, foi elaborada a Declaração de Responsabilidade já mencionada.

Nas cinco cenas apresentadas ocorreu sigilo de pacientes, profissionais, equipamentos e instituições, salvaguardando o direito de reserva e preservação dos indivíduos e das instalações de saúde.

RESULTADO E DISCUSSÃO



6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em temáticas extraídas das cenas marcantes relatadas nas Narrativas de Si, as quais foram escritas pela pesquisadora (APÊNDICE 2).

Com a finalidade de aprofundar a discussão sobre o assunto abordado, os resultados foram extraídos e discutidos com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) de onde emergiram categorias temáticas.

Segundo Souza (2008), a pesquisa (auto)biográfica potencializa a reflexão sobre as singularidades e regularidades das experiências vivenciadas em uma dimensão formativa. Dessa forma, a utilização das Narrativas de Si proporcionou a reflexão acerca de situações experimentadas no cotidiano assistencial de quem presta cuidado à mulher em um período marcante da vida reprodutiva e buscou apresentar situações inimagináveis, porém reais.

Os resultados desta pesquisa foram estruturados a partir das categorias que emergiram do aprofundamento das Narrativas de Si. Para tanto, após seleção e análise dos trechos extraídos das cenas, a análise resultou em quatro categorias temáticas, que foram discutidas pelo referencial teórico e percepção da pesquisadora.

A partir dessa organização, os apontamentos que causaram impacto à escrita das cenas trouxeram discussões fundamentadas sobre as quatro categorias: Intervenção Médica, Suporte Familiar, Trabalhando Idealizações e Judicialização.

6.1 INTERVENÇÃO MÉDICA

Ao longo da evolução humana, o parto passou por diversas caracterizações, deixou de ser um ato executado pela parturiente sem ou com pouca assistência chegando a atingir a indicação de muitas cirurgias. Dessa forma se deu a mercantilização do parto e a linha de produção desenfreada de cesarianas. Talvez por essa razão, os atos de intervenção profissional especializada estejam passando por um processo de descrédito.

Esta categoria de discussão recebeu a nomenclatura de *intervenção médica* por abordar aspectos específicos relacionados aos atos médicos praticados nas cenas.

O trabalho de equipe realizado por todos os profissionais envolvidos no parto é fundamental para a busca de um bom resultado, por isso, aqui devem ser lembradas as enfermeiras, as auxiliares e técnicas de enfermagem, as doulas, as fisioterapeutas e todos os outros profissionais que se destinam a essa assistência. Ao abordar a intervenção médica, é salutar apontar que a equipe de assistência ao trabalho de parto é um time interprofissional que trabalha em sintonia de forma colaborativa, buscando garantir o melhor cuidado ao binômio. A ideia de time e do trabalho colaborativo representa muito bem a prática interprofissional almejada na assistência ao parto.

A Prática interprofissional colaborativa (PIC) acontece “quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade” (OMS, 2010, p.7). No mesmo sentido, a OMS aponta que “a prática colaborativa fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde” (OMS, 2010, p.7).

Segundo Costa (2019, p.97):

Essa prática interprofissional favorece a aprendizagem em equipe, que, além de melhorar os vínculos e a gestão do conhecimento, pode ter efeitos positivos na integralidade da atenção para os que atuam na assistência ou para uma ação mais comunicativa no âmbito da gestão, do planejamento, da ação nas vigilâncias, nas práticas e ações de educação permanente, entre outros.

Para atuar no contexto da PIC é importante ter uma base educacional fundamentada na educação interprofissional (EIP), que é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde (REEVES, 2016, p.185). A combinação de diferentes métodos interativos de aprendizagem em uma iniciativa de EIP pode tornar a experiência mais estimulante e interessante e, portanto, contribuir para um maior nível de aprendizado (REEVES, 2016, p.187). Freire Filho, et. al. (2019), consideram que a partir da necessidade de formar profissionais de saúde mais aptos à colaboração e com competências para a execução do efetivo trabalho em equipe é que a EIP começou a ser valorizada em todo o mundo.

Além da atitude em equipe e da valorização interprofissional, para tratar da *intervenção médica* é primordial apontar que existem protocolos visando a boa assistência obstétrica e estes devem ser seguidos pela equipe envolvida no atendimento ao binômio.

Conforme Febrasgo, 2021 (p.06):

A disponibilidade de protocolos organizados e revistos regularmente, treinamento frequente da equipe por meio de programas de educação continuada e práticas de simulação são alguns exemplos de como manter a equipe, que assiste à parturiente, informada sobre TP (Trabalho de Parto), suas fases e condutas mais acertadas.

Esse conjunto de ações propicia um atendimento harmônico, seguindo as padronizações atuais existentes e busca garantir a melhor assistência à mãe e ao seu conceito.

Na primeira cena, ao apontar:

Identificada a causa do sofrimento fetal, esta tem de ser corrigida da forma mais breve possível, para otimizar o nascimento e buscar viabilizar a assistência neonatal mais rapidamente. Esclareci que naquela situação era muito mais rápido aplicar o Parto Fórceps do que realizar uma cesariana (Cena 1)

A conduta médica estava respaldada pelos protocolos e literatura vigente. Sendo importante ressaltar que a obstetrícia é uma especialidade médica que lida diariamente com particularidades do sujeito. Cada paciente é tida como única e a atuação do profissional, ao individualizar o atendimento caso a caso, não pode ser culpabilizada. O médico obstetra, ao seguir protocolos atualizados e buscar o melhor para o binômio mãe-bebê, está atuando de forma coerente e embasada, diante das inconstâncias e incertezas vividas no dia-a-dia da profissão.

A indicação do parto vaginal operatório também se fez presente na cena 3:

... (eu) intuída de alguma forma, sem falar com ninguém, simplesmente peguei o sonar e posicionei para ouvirmos o coraçãozinho... Para espanto de todos, ...estava com frequência cardíaca bem abaixo do normal. ... A obstetra do casal me entrelhou e eu me prontifiquei a auxiliá-la no fórceps para ultimar aquele parto com brevidade. (Cena 3)

Benzecry (2018) traz que com as novas práticas obstétricas e o aumento das indicações de cesariana, o uso do fórceps vem reduzindo, mas ainda é um instrumento imprescindível e salvador. Ao abordar sobre o uso indevido do fórceps, López, Fernández-Velasco e Garrido-Hernansaiz (2021) e Marques (2020) não estão desencorajando a utilização do instrumental, mas sim um possível erro de indicação, o que é também exaustivamente criticado nos meios médicos.

Ao analisar a aplicação do Fórceps, é necessário entender que o parto vaginal operatório tem suas indicações. López, Fernández-Velasco e Garrido-Hernansaiz (2021) e Marques (2020) apontam que existem percepções do Parto Fórceps como possível Violência Obstétrica e salientam sobre a utilização indevida do instrumento, não fazendo qualquer menção ao uso do instrumental quando se seguem os critérios de aplicabilidade muito bem estabelecidos pela Febrasgo (BENZECRY, 2018, p.8/9).

Segundo Marques (2020, p.104):

São consideradas ações de caráter físico as que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. As eventuais manobras ou intervenções desnecessárias, como o uso indevido de fórceps ou da manobra de Kristeller, compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto, objetivando a sua abreviação, que porventura causem danos ao bebê, também vêm sendo consideradas violências obstétricas.

Aqui, as categorias emergidas nesta pesquisa se misturam. Isto não poderia ser diferente, uma vez que o parto operatório é uma forma de dirimir a manobra de Kristeller. Para abreviação do parto é consenso que tal atitude não deve ser realizada. Conforme Brasil (2017), a manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto, mas como analisar a atitude de um pai no nascimento de seu filho?

De forma súbita, o pai realizou a manobra de Kristeller e aquele bebe veio ao mundo. Nasceu muito grave e eu prestei o primeiro atendimento de suporte de vida, enquanto o pediatra se aproximava da cena (Cena 3).

Trecho a ser abordado no suporte familiar, não poderia deixar de constar quando apontamos a contraindicação do procedimento. A manobra não deve ser realizada e os familiares e demais profissionais envolvidos no parto precisam ter essa consciência.

Segundo Santos (2020), existe a distinção entre os setores de atendimento às gestantes e parturientes nos serviços públicos e privados de saúde. Esta diferenciação não deve ocorrer quando se discute conduta médica e critérios de aplicabilidade de um método. Diniz (2009) aponta que a conduta para a 'correção do corpo' preferencial para as mulheres brancas e de renda mais alta é a cesárea: "se o parto é um evento negativo, devemos preveni-lo", porém além de categorizar a cesariana com critério de possível elitização, o autor desconsidera indicações técnicas de vias de parto.

A OMS (2015, p.4) traz que:

- *A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.*
- *Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.*
- *A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.*
- *Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.*
- *Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de*

cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

Santos (2020 p.46) dicotomiza a assistência técnica idealizada como a “correção do corpo feminino”, trazendo que ela se reproduz no setor privado a partir das cesáreas agendadas. No entanto, no SUS, onde não estariam liberadas as cesarianas, a utilização de intervenções como o uso de ocitocina, a episiotomia e o Fórceps seriam aplicados para evitar o efeito negativo criado pelas cesáreas.

Em contrapartida, Rattner, *et al.* (2021, p.46/47) aponta que:

A violação de direitos que assume a forma de violência institucionalizada na atenção obstétrica é apenas um dos sintomas de uma sociedade em que o feminino e a mulher são corriqueiramente desmerecidos e violentados. É uma ofensa à dignidade humana e uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais que transcendem todos os setores da sociedade, independentemente de classe, raça ou grupo étnico, nível educacional, idade ou religião, e atenta contra o direito de toda mulher a uma vida livre de violência, tanto no âmbito público como no privado.

Nesse sentido vêm expressas vivências nas cenas narradas, caracterizando que o perfil socioeconômico não tem qualquer relação com as indicações do Parto Fórceps. Inclusive, nas cenas apresentadas, toda assistência foi prestada em hospital particular e, diante da indicação precisa, o Fórceps foi adequado e resultou em um desfecho materno-fetal favorável conforme apresentado na Cena 1 abaixo:

Aquele menino recebeu Apgar 2 no primeiro minuto. Isto definitivamente não é bom, mas eis que ele melhorou, teve 7 no quinto minuto e 9 no décimo minuto. Ele se recuperou! Nasceu grave, mas diante da brevidade do parto e da excelente assistência neonatal, melhorou muito e rápido. Foi levado ao seio materno para amamentação ainda em sala de parto. (Cena 1)

O instrumental Fórceps surgiu no cenário de salvar vidas de mães e filhos que, por razões específicas, não apresentavam a ultimação do parto de forma espontânea e fisiológica. Segundo Benzecry (2018 p.5), “Quando o fórceps está indicado são desfavoráveis as condições para cesariana”, pois há o risco de extração difícil com possibilidade de rotura do útero e de grandes vasos com consequências catastróficas.

Ou seja, existem, na obstetrícia, situações em que o parto vaginal operatório (Parto Fórceps ou Vácuo-Extrator) é mais benéfico ao binômio do que a realização da cesariana. Identificada essa situação de benefício, o Parto Fórceps estará bem indicado e deve ser aplicado.

Ao abordar o Parto Fórceps, é inerente tratar da episiotomia:

[...] realização da episiotomia, Fórceps aplicado. (Cena 1).

Ao tratar desse tema, Leão *et al.* (2022), assim como López, Fernández-Velasco e Garrido-Hernansaiz (2021), Marques (2020), Santos (2020), Lansky *et al.* (2019), Brandt *et al.* (2018), Souza *et al.* (2016), Diniz (2009) apontam a episiotomia como prática evidente de violência obstétrica, caracterizando o procedimento como obsoleto e ato de violência física contra o corpo da mulher. Porém, apesar de amplamente criticada quando o assunto é Violência Obstétrica, a episiotomia ainda pode ter indicação e deve ser utilizada de forma seletiva e parcimoniosa. Conforme Benzecry (2018), a episiotomia, quando indicada, deve ser médio lateral direita e assim reduzir o risco de lesão do esfíncter anal.

Também sobre a realização da episiotomia no parto vaginal, a WHO (2018, p.5), aponta que o uso rotineiro ou liberal da episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo.

A WHO (2018, p.200), esclarece que:

As diretrizes de sociedades profissionais e os protocolos de unidades de saúde devem ser atualizados para refletir a recomendação de que a episiotomia não deve ser usada liberalmente e que apenas o uso seletivo da episiotomia é permitido.

Dessa forma, a episiotomia não se trata de procedimento proscrito da assistência ao parto, mas sim, de ato que deve ser usado de forma parcimoniosa, quando se apresentar indicada e buscando sempre garantir o bem-estar materno-fetal.

Antes mesmo de tratar da via de parto e dos procedimentos inerentes a esta, faz-se imperioso abordar um princípio básico da assistência à saúde, a propedêutica médica. Não se trata de uma fórmula matemática propriamente dita, mas a propedêutica obstétrica se fundamenta em três pilares: anamnese, exame físico e exames subsidiários, quando necessários.

As habilidades clínicas são os elementos singulares que constituem a competência clínica. A seleção e a integração intencionais desse conjunto de atos individuais habilidosos durante a interação profissional com o paciente estabelecem a base para o atendimento clínico. Essas habilidades evoluem com cada paciente à medida que você desenvolve seu relacionamento profissional, faz a anamnese, realiza um exame físico e mental, solicita exames complementares ou procedimentos clínicos e realiza intervenções diagnósticas e terapêuticas (BICKLEY, SZILAGYI e HOFFMAN, 2022, p.67)

Assim, Bickley, Szilagyi, Hoffman (2022) apontam que o exame físico cuidadoso, juntamente com a anamnese bem-feita constituem os pilares da prática clínica. Ao executar o brilhante trabalho de atualização de um dos alicerces da propedêutica médica mundial, Bickley, Szilagyi, Hoffman (2022, p.97) reforçam que “o surgimento de novos recursos e tecnologias redefiniu a prática clínica, [...] mas mesmo esses substitutos avançados não devem substituir o exame físico cuidadoso para chegar a um diagnóstico”. Ou seja, faz-se necessária uma história clínica pormenorizada, associada ao exame físico e exames complementares, quando indicados, para que possam ser formuladas hipóteses diagnósticas e na prática obstétrica isso não é diferente.

Então o que falar de uma paciente que é ríspida com a equipe e inicialmente recusa o exame físico?

Orientada pela necessidade de exame físico, se limitou a dizer que sua médica iria fazer no consultório (Cena 2).

Ou ainda, como seria possível aguardar o profissional médico contratado para a disponibilidade obstétrica diante de um caso de emergência obstétrica?

Após realizada discussão de caso entre a equipe de plantão e indicada a interrupção da gravidez por risco fetal iminente, foi solicitada internação hospitalar e sala no Centro Obstétrico (CO) com urgência e imediatamente buscou-se contato telefônico com a médica obstetra responsável pela paciente (Cena 2).

Qual a relação do médico plantonista com a cobrança ou não pela instituição? Em que isso poderia interferir na assistência à paciente? (Cena 2).

Em forma de indagações faz-se parecer evidente que a necessidade do exame físico, bem como da atuação do médico plantonista diante de evidente caso de

emergência, são necessárias e não caracterizariam qualquer forma de violência obstétrica. Mais a frente, porém, retomaremos esse assunto, uma vez que, nem sempre, é percebido de forma tão inteligível, mesmo estando em vigor a Lei 12.842, que dispõe sobre o Exercício da Medicina, e que caracteriza como ato médico o atendimento à pessoa sob risco de morte iminente (artigo 4º, parágrafo 5º, inciso VI, Lei 12.842. BRASIL, 2013b). Portanto, a avaliação da paciente para que possa ser percebida qualquer alteração tanto com a mãe quanto com o concepto se faz primordial. O médico deve exercer a arte do cuidado de forma a buscar garantir a melhor assistência ao paciente, nesse caso, ao binômio.

Dessa forma, o médico deve seguir suas atividades profissionais de forma a prestar a adequada assistência ao paciente, usando para isso todos os meios possíveis e devidamente habilitados. Essa assistência deve ser prestada em serviços de urgência e emergência, mas também pode ser ofertada de forma particularizada.

Para tratar da particularização da assistência obstétrica, surgiu a busca da classe médica pela Disponibilidade Obstétrica que perdurou por anos. Conforme aponta em seu Parecer, o Conselho Federal de Medicina (CFM) não caracteriza como dupla cobrança o valor recebido pelo obstetra referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, haja vista que ele não receberá honorário da operadora do plano de saúde pela realização do parto (CFM, 2012, p.5).

Ainda em respeito à assistência obstétrica personalizada, ou seja, o acompanhamento do trabalho de parto, bem como a realização do parto por aquele médico que fez o seguimento da paciente ao longo de todo pré-natal, é primordial que o profissional de saúde esclareça as condições de cobrança já no início do pré-natal.

Assim descreve o Código de Defesa do Consumidor:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

...

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

Portanto, uma vez exposta de forma clara e objetiva a cobrança pelo serviço de Disponibilidade Obstétrica, nada há que desabone os honorários médicos cobrados. A escolha de contratualizar ou não o serviço ofertado é de decisão exclusiva

da paciente e de seus acompanhantes e deve ser acordada desde o início do atendimento ambulatorial. Dessa forma, não haverá arestas quando o momento da assistência chegar.

[...] não haver contratualizado a disponibilidade obstétrica (Cena 4)

Aquela paciente que não optou pela contratualização do profissional médico que a acompanhou no pré-natal é assistida pelos médicos plantonistas da maternidade na qual escolheu dar à luz. Não existe certo ou errado no quesito contratualização de profissional médico, vez que essa escolha é individual de cada paciente e suas respectivas famílias. Portanto, nada há que desabone a escolha em ser assistida pela equipe de plantão.

Segundo trecho do Juramento de Hipócrates (CREMESP, 2022), *“Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”*. Tal citação, ainda é utilizada nas cerimônias de formaturas dos cursos de medicina e dessa forma deve se reger as atividades do médico plantonista, trazendo ao profissional o dever da prática da beneficência.

Os Princípios Bioéticos que regem a medicina são: Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência, Justiça e Equidade (ROSAS, 2004). Segundo o autor:

O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior convicção e informação técnica possíveis que assegurem ser o ato médico benéfico ao paciente (ação que faz o bem) (ROSAS, 2004, p. 18).

...o colega que estaria de plantão naquela noite chegou falando alto, apesar de conhecê-lo há alguns anos, nunca havíamos trabalhado juntos (CENA 5, grifo da pesquisadora)

“Bora limpar o plantão porque hoje tem jogo e depois eu quero dormir!” (CENA 5, grifo da pesquisadora)

Neste trecho, além de não se evidenciar sequer resquícios da busca da beneficência, ficou evidente o desrespeito a todos os princípios bioéticos. O profissional, de forma rude, expôs aos quatro ventos suas vontades pessoais que em

nada se enquadravam à assistência a ser prestada a qualquer paciente durante um plantão.

O princípio da não-maleficência estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente (ação que não faz o mal). É universalmente consagrado através do aforismo hipocrático primum non nocere (primeiro não prejudicar). (ROSAS, 2004, p. 18)

Ao proferir de forma escrachada seu desejo de dormir no plantão noturno, em qualquer momento o médico se preocupou em não prejudicar as pacientes que ali estavam e vivenciavam seus processos de trabalho de parto. Cada paciente com sua particularidade, já em ambiência distante da desejada, agora estava exposta às colocações desmedidas daquele profissional.

Longe do cenário ideal, mas na melhor opção que aquela unidade hospitalar ofertava àquela época. Para surpresa de todos, paciente, acompanhante e equipe assistencial, aquele médico, sem ser sequer solicitado, afastou o biombo e disse: “E aí pai, já perdeu o primeiro tempo!” “Larga elas aí que isso aí vai longe” “Devia ter feito cesárea quando eu ofereci.” O parceiro da paciente foi educado e se limitou a responder que já tinha a médica assistindo sua esposa (CENA 5).

O desrespeito ao princípio da autonomia ficou evidente e o destrato com aquela família feriu também os princípios da justiça e equidade.

O princípio da autonomia requer que os indivíduos capacitados de deliberarem sobre suas escolhas pessoais, devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. (ROSAS, 2004, p. 18)

...

O princípio da justiça estabelece como condição fundamental a equidade: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. O médico deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. (ROSAS, 2004, p. 18)

A Cena 5, ao descrever a postura do profissional médico com ideias individualistas e desrespeitosas, apresenta uma naturalização de condutas que devem ser rechaçadas e abolidas da prática clínica por ferirem os princípios bioéticos. A aceitação de más-práticas reverbera na sociedade e cria estigmas que recaem contra toda a classe de obstetras.

Apesar das atitudes daquele profissional terem sido relevadas por aquela família e de serem aceitas nas maternidades em que ele trabalha até hoje, faz-se imperioso apontar que atitudes de desrespeito à mulher parturiente não merecem ser entendidas como normais e não podem ser corriqueiras. (CENA 5)

Apenas com o combate a atitudes discriminantes contra a gestante, parturiente e puérpera, a sociedade poderá solidificar a busca pela assistência obstétrica de qualidade, rechaçando qualquer forma de desrespeito e abuso contra a mulher durante o nascimento.

Com isso, muitos assuntos foram abordados na categoria intervenção médica. Essa reflexão se fez necessária para desmistificar situações, atos médicos, bem como decisões que devem ser tomadas de forma particularizada, ora pela equipe médica, ora pela paciente e seu acompanhante, mas sempre visando a melhor opção de assistência ao binômio.

6.2 SUPORTE FAMILIAR

Aqui, procuramos analisar a importância e a influência da rede de apoio da paciente na tomada de decisões durante a assistência ao parto.

Ao lermos:

Aquela mulher, que entrou gestante naquele setor e saiu uma mãe satisfeita com o bebê no colo e aquele homem, que se mostrou companheiro no que foi, provavelmente, o maior dilema de suas vidas, conversaram bastante conosco ainda em sala de parto. (Cena 1)

O desabafo daquela família que se formou e se transformou com aquela gestação apontou a importância do suporte do acompanhante em sala de parto. Ali seu marido se mostrou forte alicerce nas tomadas de decisão, ponto fundamental para o resultado obtido.

O casal foi grato à toda equipe hospitalar, esse caso foi assunto de algumas discussões clínicas e de quanto é valioso o esclarecimento de cada gestante sobre as nuances de cada via de parto. (Cena 1)

Outro marido, outra cena, outra vivência única para outro casal se fez presente:

De forma súbita, o pai realizou a manobra de Kristeller e aquele bebê veio ao mundo. Nasceu muito grave e eu prestei o primeiro atendimento de suporte de vida, enquanto o pediatra se aproximava da cena. (Cena 3)

Ou ainda, no momento em que o pai encerra a proposta inoportuna de um dos plantonistas, sendo firme ao dizer:

O parceiro da paciente foi educado e se limitou a responder que já tinha a médica assistindo sua esposa. (CENA 5)

Em todos os trechos citados acima, o envolvimento do parceiro foi evidente. Na primeira cena, apesar de todas as idealizações formadas para o momento do parto, o marido da paciente mostrou entender a conduta da equipe e trouxe conforto para sua esposa em momento de tensão.

Já na terceira cena, é praticamente automático deixar a manobra, já discutida e proscrita na literatura médica, menos ofensiva, uma vez que foi praticada pelo próprio pai do nascituro. A ação instintiva daquele marido visando salvar a vida de seu

filho não poderia ser entendida como violência, já que nem a sua própria esposa assim entendeu.

Por fim, na cena 5, o marido da paciente, ao invés de responder de forma ríspida ao médico que fazia chacota com o trabalho de parto e iniciar uma discussão, focou no mais importante e encerrou o assunto com uma breve resposta ao profissional. Ter tido o discernimento de que nada seria mais importante do que garantir a assistência ao binômio e respeitar a autonomia de sua esposa manteve o foco no que realmente mais importava, o cuidado que estava sendo prestado. Qualquer chacota feita foi ignorada pelo casal que se manteve firme em sua decisão.

Segundo López, Fernández-Velasco e Garrido-Hernansaiz (2021, p.27), "*como cualquier tipo de violencia, la VO tiene no solo consecuencias físicas como las comentadas (desgarros, dolor, fracturas, etc.), sino también de índole psicológica.*" Por essa razão, atos que não são parte da assistência obstétrica adequada devem ser amplamente abordados durante a assistência pré-natal e precisam ser desencorajados. Da mesma forma, os procedimentos que são válidos e podem ser necessários precisam ser apresentados e discutidos de forma clara durante o acompanhamento da gravidez.

A conscientização de todos os envolvidos na assistência ao parto deve ser estimulada para que a mulher possa viver sua melhor experiência. Como dito, tanto referente a atitudes inadequadas, quanto referente a procedimentos legítimos e que salvam vidas, o conhecimento dos envolvidos ampara a tomada de decisões. A aplicação do parto fórceps é um exemplo claro de procedimento que, se discutido ao longo do pré-natal, apresentará uma melhor aceitação, facilitando a prática médica em momentos decisivos na assistência ao parto.

É na expectativa de alcançar a melhor assistência que o envolvimento da rede de apoio se mostra indispensável. Sabe-se que o que caracteriza a rede de apoio não é somente a quantidade de membros e relações que a formam, mas sutilezas muito mais complexas em termos de qualidade e de real disponibilidade para receber o apoio advindo da rede (LAGO, CARVALHO E CRUZ, 2020, p.19). Portanto, o laço existente entre as pessoas que apoiam a mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério faz com que essa trajetória tenha o suporte necessário para esta mulher.

Por outro lado, a falta de uma rede de apoio pode desamparar a mulher durante a gestação:

Começou se dizendo culpada por ter mantido a gravidez, fora estimulada por sua família a interromper a gravidez assim que soubera. Jovem ainda, não planejara aquela situação, sonhava em ser mãe em sua vida adulta, estabilizada e formada na faculdade, como ela contou. Por outro lado, em momento algum considerou a possibilidade de praticar um aborto provocado e, contra a vontade de seus familiares e do pai da criança, manteve a gestação. Seu namorado a abandonara ao saber que ela seguiria com a gestação, alegou não poder “estragar sua vida” por causa de uma criança. (Cena 4)

Ao se considerar culpada por ter mantido a gravidez, com certeza aquela mulher trouxe consigo todo o peso das palavras que ouvira ao longo de sua gestação. A idealização criada para o seu desenvolvimento pessoal foi interrompida por uma gravidez não programada, mas aquela jovem manteve seu desejo de maternidade, apesar de não ter ocorrido no momento mais oportuno e ter mudado seus planos.

As adversidades criadas pelos familiares e também pelo parceiro da paciente não foram suficientes para desencorajá-la da maternidade. Ao longo da cena, inúmeros enfrentamentos vividos pela paciente, durante o seu trabalho de parto, foram apontados:

Passou pelo processo de rejeição familiar, se reinventou, manteve seus estudos, estava focada em ingressar na graduação. Relatou que o comportamento de sua família se perpetuou hostil por todo processo de pré-natal, mas ela se manteve firme. (Cena 4)

[..] sua mãe. Esta, por sua vez, muito vaidosa, criticou as olheiras de sua filha e mais uma vez disse a ela: "Foi você quem procurou por isso, estava com a vida toda certa, podia ter acabado com isso logo no começo, agora fica aí, com essa cara de sofrida. Você acabou com sua vida." (Cena 4)

Ofensas foram vivenciadas ao longo de toda a gestação. Aquela mulher percebeu com clareza que:

[...] desde que descobriu a gravidez o comportamento de seus familiares mudara por completo (Cena 4)

A falta de apoio dos familiares não foi suficiente para desencorajar aquela paciente, mas não pode deixar de ser apontada aqui. O núcleo familiar normalmente é o primeiro elo da rede de apoio da gestante e mesmo diante de todas as adversidades que podem surgir ao longo da gestação, é natural que a mulher espere

contar com o suporte dos seus familiares para enfrentar as dificuldades que habitualmente acompanham os nove meses de transformações, além do parto e puerpério. As modificações gravídicas podem ser vividas de diversas formas, mas a falta de suporte familiar é capaz de desestabilizar a mulher em vários aspectos.

Art. 34. *Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério (SANTA CATARINA, 2022).*

Dessa forma, as ofensas verbais vivenciadas pela mulher em todas as fases da sua gestação, no todo, nada mais são do que atos de violência contra a mulher que devem ser rechaçados, sejam eles oriundos de profissionais assistenciais ou mesmo de familiares e acompanhantes.

Como discutido anteriormente, a escolha da via de parto, de forma livre e esclarecida, deve ser um direito da paciente. Sofrer interferências que desaprovem suas escolhas ofende a dignidade da mulher, principalmente quando essas críticas se dão por motivos fúteis, sem qualquer embasamento científico.

[...] sua mãe, muito elegante, a acompanhou na consulta médica e, após indicação de internação, exigiu que fosse realizada cesárea, pois entendia que o parto normal estragaria sua filha (Cena 4)

Por ser menor de idade, a paciente explicou que tudo isso já estava conversado com seu pai e que ele assinaria como testemunha o termo de consentimento e tudo que se fizesse necessário (Cena 4)

A escolha da via de parto não é de competência de alguém alheio ao processo de assistência obstétrica. Ou seja, não cabe a qualquer pessoa que seja intervir em uma decisão a ser tomada entre a gestante, o acompanhante de sua escolha e a equipe que a assiste. O descrédito que aquela mãe dava à sua filha, ora parturiente, era evidente e, surpreendentemente, a jovem se mostrou firme em sua tomada de decisão.

[...] a paciente contou que ouviu calada todas as vezes que sua mãe disse que ela não era mulher suficiente para aguentar o trabalho de parto, que ela não conseguiria mais homem depois de ter passado por aquilo, ou ainda que ela tinha estragado sua vida por ter escolhido colocar aquele bastardo no mundo. (Cena 4)

Havendo indicação de internação, ou mesmo durante o acompanhamento pré-natal, para aquelas pacientes que optaram por ser assistidas por seus médicos, diante da disponibilidade obstétrica, a elaboração e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é muito importante.

Neste documento, TCLE, constará o máximo de informações referente a via de parto desejada, assim como possibilidades de intercorrências e indicações diversas da planejada.

Conforme Gallo, 2015 (s/p):

O ideal é que logo no início da gestação, durante as primeiras consultas pré-natais, médico e paciente discutam de forma ampla, aprofundada e exaustiva sobre o parto normal e a cesariana. neste diálogo, devem ser abordados riscos, benefícios e direitos individuais da paciente que não podem ser desconsiderados, como o de escolha da via de parto.

Essa é uma etapa fundamental para que exista o consentimento livre e esclarecido da paciente, que deve ser posteriormente materializado na forma de um documento, um termo, assinado também pelo médico. O texto reforçará as informações prestadas oralmente, enfatizando as vantagens e desvantagens potenciais de um procedimento como o parto cirúrgico (cesariana).

Consciente das adversidades que poderiam ocorrer, a paciente da cena 4 já deixou seu pai informado de suas vontades e pôde expressar no TCLE seu desejo pelo parto normal.

Paciente jovem, 17 anos, em trabalho de parto, tudo dentro da normalidade, não fosse o conflito social que ocorrera no período da tarde. (Cena 4)

Aquela paciente evidenciou que não há distinção de raça, credo ou padrão social para que ocorram violências contra a mulher. Ainda jovem, foi firme ao decidir manter uma gravidez não planejada, mesmo tendo sofrido agressões de sua base familiar.

A falta de envolvimento dos parentes mais próximos com a gravidez, assim como as ofensas que a paciente sofreu ao longo da gestação evidenciam as fragilidades e o desarranjo doméstico em que ela estava inserida. O Ministério da

Saúde (BRASIL, 2011, p.19) aponta como fator comum que desencadeia, facilita e perpetua a violência, o abuso de poder do mais forte – o adulto, contra o mais fraco – a criança e o adolescente.

Importante frisar que aquela parturiente era uma adolescente em situação de violência onde a agressora era sua própria mãe. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, Brasil (BRASIL, 1990), em seu Art. 2º, considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

A fragilidade daquela paciente tornou-se evidente:

[...] uma plantonista, ao entrar no quarto para avaliar a paciente, ouviu as ofensas e não conseguiu se calar. Pediu que a acompanhante saísse um pouco para que pudessem conversar e antes de sair, com a paciente e a enfermagem no quarto, perguntou à paciente se havia alguém que ela preferisse que a acompanhasse naquele momento. (Cena 4)

No transcorrer do trabalho de parto a mulher precisa de suporte emocional, apoio daqueles que a cercam em momento único de sua vida. Infelizmente, nem sempre transcorre dessa forma.

A paciente apontou que sua vontade era ser acompanhada pela “Tia Cida” que seu pai sabia de sua vontade e que ele a havia orientado a tentar ficar com sua mãe para não causar desconforto à matriarca da família (Cena 4)

A paciente da cena 4 encontrou, na “Tia Cida”, o suporte que precisava para a sua trajetória no trabalho de parto e, mesmo que de forma mais tímida, seu pai a apoiou em suas decisões. Nesse caso, o desabono da matriarca da família pela escolha de sua filha não foi suficiente para intimidar a paciente e desencorajá-la de sua escolha.

São vários os apontamentos da violência que aquela mulher sofreu em um momento tão importante de sua vida. Mesmo diante de todas as ofensas vindas do seu núcleo familiar, a paciente não desistiu do seu desejo e se manteve firme em sua decisão.

Aqui alcançamos a necessidade de apontar a importância da rede de apoio. A participação de pares que estejam em sintonia com a mulher é primordial para que as manifestações de vontade da paciente possam ser respeitadas. Seja uma intervenção

de forma inesperada com uma atitude abrupta, seja de forma silenciosa, mas agindo quando necessário, a paciente merece poder contar com um “porto seguro”, alguém em quem ela confie e que respeite suas decisões conscientes.

A mãe da paciente insistia em dizer que sua filha “não era mulher para aquilo” e saiu do hospital acompanhada de seu marido. (Cena 4)

A mãe que poderia estar apoiando a parturiente, mesmo após todos os conflitos existentes, optou pelo enfrentamento emocional com a filha durante o trabalho de parto. A falta de suporte emocional é um grande potencializador de fragilidades. A desestrutura familiar retratada naquela cena evidencia a falta de preparo coletivo para lidar com o inesperado.

Apesar de não estar nos planos daquela família apoiar uma gestante adolescente, o suporte à paciente deve incluir todas as frentes possíveis. Tanto as equipes envolvidas, quanto a estrutura de apoio que se formou no período gestacional, composta por familiares e amigos devem estar focados no bem-estar materno fetal.

É posto pela Febrasgo (2021) que o tratamento dispensado à gestante e seu acompanhante durante o processo de parturição deve ser respeitoso e esses atores fazem parte da tomada de decisão. Porém, as informações fornecidas devem ser amparadas em evidências científicas e dispensadas de forma eficiente, especificamente para cada fase do trabalho de parto, buscando dessa forma um consenso seguro entre a paciente, seu acompanhante e toda a equipe envolvida. Os desejos, as expectativas e as preocupações deles devem ser considerados, da mesma maneira que o comportamento, a atitude e a forma de fala da equipe devem ser acolhedores, propiciando assim, um ambiente emocional agradável e receptivo.

Diante do redimensionamento das relações jurídicas no direito de família contemporâneo, que enfatiza o vínculo familiar calcado na ligação duradoura do afeto, mútua assistência e solidariedade existente entre duas ou mais pessoas (SANTOS, 2016 p.4), podemos perceber que a rede de apoio extrapola laços sanguíneos e tem como principal objetivo garantir o suporte emocional que o binômio necessita.

6.3 TRABALHANDO IDEALIZAÇÕES

Ao projetar o cenário ideal para uma situação, seja ela qual for, o indivíduo tende a criar barreiras para eventos inesperados que venham a ocorrer dentro da perfeição idealizada. Acreditar que determinada situação tem de seguir apenas e tão somente o caminho traçado e que qualquer desvio no percurso deve ser repudiado pode resultar em bloqueios que virão a ser catastróficos em determinados casos.

Nem sempre o mundo ideal é capaz de se realizar e nem por isso o desfecho deixará de ser belo. Racionalmente entende-se que o ser humano pode e, de certa forma, deve planejar as situações pelas quais sabe que irá passar. Porém, criar bloqueios para alteração de planos pode trazer prejuízos e perda de tempo, ora esse tão precioso. No parto, isso não seria diferente. Deixar de agir diante de casos de gravidade pode trazer prejuízos irreparáveis ao binômio mãe-bebe.

Conforme mostrado na Cena 1:

(a gestante) chamava por sua equipe: Por que elas não chegaram ainda? Elas têm de vir (Cena 1)

Aqui, a paciente chamava por sua equipe, estava nítido que ela havia criado confiança no grupo que a assistia. A existência de vínculo com a equipe é, na maioria das vezes, favorável para o desenrolar do trabalho de parto.

A importância do bom entrosamento da equipe interdisciplinar no trabalho de parto já foi discutida e associa sentimentos positivos à segurança que a parturiente apresenta na equipe. Porém, nesse caso específico, o vínculo havia sido criado com uma equipe externa, sem a participação de médico para a assistir. A equipe que assistiu a paciente durante o processo de trabalho de parto sequer chegou ao hospital para acompanhar a gestante. Situação inusitada que não foi encontrada em literatura.

Segundo López, Fernández-Velasco e Garrido-Hernansaiz (2021, p.27), os estudos existentes apontam sobre a necessidade de vínculo com a equipe e a instituição e sequer abordam a prática extra-hospitalar. Ao revisar estudos realizados, os autores ressaltaram que uma experiência de parto positiva é importante para empoderar as mulheres e diminuir sentimentos de impotência e dificuldade de

controle.

Ao demonstrar respeito, atenção e apoio às gestantes desde o acompanhamento pré-natal, as equipes profissionais poderão alcançar uma diminuição de sentimentos negativos que possam vir a ser produzidos durante o parto (LÓPEZ, FERNÁNDEZ-VELASCO e GARRIDO-HERNANSAIZ, 2021).

[...] como implicación práctica principal, cabe destacar la necesidad de establecer programas de prevención dirigidos a equipos sanitarios profesionales para desarrollar buenas prácticas, generar experiencias de embarazo y parto positivas y la minimizar el impacto de la VO (Violência Obstétrica) en el proceso de gestación, el parto y el puerperio en las madres y sus hijos e hijas (LÓPEZ, FERNÁNDEZ-VELASCO e GARRIDO-HERNANSAIZ, 2021, p.34).

Não há dúvidas de que os profissionais envolvidos no acompanhamento da gestação, do parto e do puerpério devem ser encorajados a manter respeito às vontades da mulher, bem como explicar todos os atos que possam ser necessários no desenrolar da assistência obstétrica. Porém, no caso em questão, a paciente aguardava por profissionais que a acompanharam antes que ela fosse para a instituição hospitalar. Não deixaram de ser uma equipe; de certa forma, prestaram assistência à paciente, mas o abandono sofrido por aquela mulher resultou em insegurança quando ela chegou à instituição que dispunha dos recursos necessários e fez com que a arrepsia tomasse conta daquela mãe.

Segundo López, Fernández-Velasco e Garrido-Hernansaiz (2021) e Marques (2020), no mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica (OMS, 2014).

O fato de uma mulher ter sido desencorajada a buscar assistência hospitalar e diante da necessidade que vivia, ela se viu totalmente desamparada pelas pessoas que haviam hostilizado o atendimento médico-hospitalar. Dessa forma, ao mesmo tempo que o despreparo das equipes institucionais para o respeito a dignidade da mulher em trabalho de parto desestimula as pacientes a buscarem serviços

hospitalares, a desobservância e desvalorização da assistência médica e hospitalar, por parte de algumas pessoas que se destinam a prestar assistência em ambiente adverso, desencorajam a mulher que por qualquer motivo busca o atendimento institucional.

Medos são criados a partir de inverdades. São feitas colocações com o aparente intuito de denegrir a assistência médica e hospitalar, sem ao menos considerar a possibilidade de a paciente necessitar daquele cuidado. Em algum ponto o empoderamento da mulher foi substituído por uma aversão à assistência integral à saúde e isso precisa ser revisto, com a intenção de buscar garantir ao binômio a melhor assistência.

(médica abordada por) uma moça jovem, que se identificava como acompanhante daquela paciente que acabara de entrar. Essa mulher exigia, aos gritos, que eu lesse e assinasse um papel dobrado e um tanto amassado que ela tirou da bolsa (Cena 1)

Aquela pessoa que me abordou, sequer se identificou. Quem seria aquela mulher? Faria parte da rede de apoio da paciente? Diante de casos de risco iminente de morte, medidas devem ser tomadas com brevidade. Como já discutido anteriormente, o valor da vida do binômio é imensurável e todo atraso pode resultar em danos irreversíveis. Dessa forma, não há espaço para o médico destinar atenção a qualquer outra coisa que não seja buscar garantir o bem-estar materno fetal.

Ter buscado a assistência hospitalar ocorreu por uma necessidade, não por uma escolha do casal, que consentiu com a orientação que recebera ao longo da gestação:

[...] foi orientada desde o início que não é necessário ter o acompanhamento de médico obstetra em seu trabalho de parto e mesmo durante o parto e que qualquer coisa iria para o hospital (Cena 1)

Marques (2020, p.109), ao se debruçar sobre a pesquisa de definição sobre o tema violência obstétrica, aponta as seguintes leis: Lei Distrital nº 6.144/2018, a Lei Estadual de Santa Catarina nº 17.097/2017 e a Lei Municipal de João Pessoa nº 13.061/2015, trazendo que...

[...] essas leis buscam definir a violência obstétrica e são unânimes em caracterizá-la como todo ato praticado pela equipe de assistência à mulher grávida ou parida de estabelecimentos hospitalares, postos de saúde, unidades básicas de saúde e consultórios médicos que ofenda de forma verbal ou física desde o pré-natal até o puerpério. Buscam, também, caracterizar esses atos, elencando-os, a fim de deixar clara a configuração dessas violências.

Em analogia às referidas leis, a equipe que prestava assistência à parturiente e abandonou aquela paciente diante da necessidade de atendimento médico-hospitalar, praticou claro ato de violência obstétrica.

Dessa forma, é importante reforçar a necessidade de se buscar um atendimento equânime. A importância do suporte hospitalar se fez evidente, apesar de condicionada e se sentindo obrigada a:

[...] suportar o parto normal a qualquer custo. (Cena 1)

Ideias inconsequentes podem ser semeadas ao longo da vida de todos os seres humanos, porém, cultivar o preconceito à assistência hospitalar beira a criminalidade. Segundo Lida, Horiuchi e Porter (2012), como os hospitais são considerados um ambiente de 'segurança em primeiro lugar', os padrões de conforto e outras comodidades são muito mais baixos, quando comparados aos de seus lares. Porém, cabe à sociedade e às instituições hospitalares buscarem melhorias nesses padrões de conforto. Não compete a qualquer indivíduo que a paciente considere fonte de suporte ao longo de sua gestação desestimular a gestante de buscar um nascimento seguro para seu filho.

Desencorajar a mulher a buscar uma assistência de qualidade é um comportamento que deve ser rechaçado pela sociedade. Toda mulher merece ter continuidade de cuidados, recebendo uma comunicação clara e respeitosa. A humanização da assistência obstétrica oferece à gestante o suporte necessário e acolhedor ao longo de sua trajetória como gestante e também na assistência à parturiente em ambiente hospitalar.

Tamanho cuidado tem o profissional médico que, apesar de ter se prestado a assistir a paciente em seu trabalho de parto e também em seu parto, por qualquer

imprevisto ou necessidade, assume diante do casal a impossibilidade de prestar os serviços contratados e esclarece suas condições.

A colega foi clara em explicar que não chegaria ao hospital em tempo hábil e agradeceu o cuidado que estava sendo prestado. Pedi a gentileza dela conversar com o marido da paciente e ela concordou. (Cena 2)

Já abordada ao longo do texto, a Disponibilidade Obstétrica contratada pelo casal em momento algum pode sobrepor a indicação de um parto de emergência. Soa assustador pensar em não agir da maneira necessária diante do risco de morte, seja ela materna ou fetal, para manter o acordo pactuado em contrato prévio.

Da mesma forma, a via de parto escolhida e todo o preparo trabalhado para que esta seja alcançada também não deve sobrepor uma indicação de emergência.

[...] exigia aguardar pelo parto normal, chegou a dizer que se seu filho nascesse morto, seria da vontade de Deus. (Cena 1)

Ao proferir aquelas palavras ficou evidente que muitos conceitos estavam desconhecidos na mente daquela mulher. Ela estava tão obstinada pelo parto normal que deixou de valorar o bem mais precioso, a vida de seu filho.

É importante ressaltar que a gestante deve ser informada, de forma clara, precisa e objetiva sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto. Todas as possibilidades devem ser apontadas pela equipe de saúde que a acompanha. Todas as informações referentes às possíveis complicações de cada ato devem ser orientadas e todas as medidas para buscar garantir o bem-estar físico e emocional da paciente e do conceito devem ser utilizadas.

Naquele cenário, a então equipe que a acompanhou, parece ter superestimado o parto normal e ter criado expectativas naquela mulher que nem sempre são atingidas num trabalho de parto. A violência obstétrica, portanto, perpassa todas essas situações de violações no ciclo gravídico-puerperal. Como observam Zanardo, et al (2017, p.5), a violência obstétrica é um fenômeno que vem ocorrendo há algumas décadas na América Latina.

Marques (2020, p.103) traz que:

... um dos fatores mais presentes entre as denúncias de mulheres está a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na hora do parto, o que acaba por levá-las a situações de violações e explorações de seus corpos e de suas dignidades por diferentes membros das equipes de saúde.

Dessa forma, naquele contexto, a equipe inicial que acompanhou aquela mulher no início do trabalho de parto cometeu violência obstétrica, pois além do abandono que aquela mulher sofreu, expectativas frustradas foram criadas ao longo daquele acompanhamento.

Desconstruir aquela ilusão implantada no casal ao longo de toda gestação e trazer a paciente para o protagonismo da situação é tarefa árdua e que deve ser atingida de forma rápida. Poder contar com o acompanhante da paciente que, apesar de envolvido em toda a situação, se permitiu perceber a gravidade do caso, foi de grande valia para a equipe de assistência hospitalar.

Muitas são as idealizações construídas ao longo de uma gestação. A vida reprodutiva da mulher já é responsável por uma imensidão de planejamentos. Engravidar ou não? Se sim, qual o melhor momento? Será que esse melhor momento realmente existe? E, dentre tantos questionamentos, quando a gestação ocorre, mesmo que a mulher já tenha vivenciado uma gravidez anterior, aquela oportunidade é única e vem regada de novos planos.

Ora a vontade da paciente pode e deve ser respeitada, como na cena 5, onde a paciente pôde optar pela posição de parir e teve seu desejo atendido:

Aquela foi a posição escolhida pela parturiente e respeitada pela equipe. (CENA 5)

Ora as idealizações criadas estão aquém das possibilidades:

... sua primeira filha nasceu há quase dez anos, por cesariana programada. Desta vez o casal optou por viver a experiência do parto vaginal (Cena 3)

Nem sempre essas idealizações podem ser alcançadas. Por mais que tenha ocorrido todo um planejamento ao longo da gravidez, o parto em si é uma incógnita, muitas são as variáveis que podem interferir na evolução do trabalho de parto. Por mais zeloso que seja todo o acompanhamento obstétrico, intercorrências podem

ocorrer e, quando há complicações danosas, todos os envolvidos sofrem.

A expectativa por uma via de parto não pode ser capaz de superar a prudência e o cuidado na assistência obstétrica. Mais uma vez é salutar apontar a importância de um seguimento rigoroso, amparado por literatura e protocolos atualizados, visando garantir a segurança do binômio, pois quando algo foge do esperado, os resultados podem ser catastróficos.

... aquela família teve sua rotina revirada (Cena 3)

A consciência sobre as possibilidades das vias de parto, assim como os riscos e benefícios de cada uma delas deve ser estimulada a todas as mulheres que vivem ou pretendem viver a maternidade. A busca por informações para tomadas de decisões conscientes é fator determinante para que se possa atingir uma assistência obstétrica de qualidade.

Toda Mulher em sua vida reprodutiva pode e deve se orientar sobre as nuances da gestação, assim como do parto e do puerpério. Essa conscientização auxilia a equipe na busca da melhor assistência.

A paciente sorriu lacrimejando, me dizendo que era culpada por estar grávida e por ter estudado durante a gravidez e ter optado por viver o parto normal. (Cena 4)

A conscientização da paciente é o motor para o sincronismo do atendimento humanizado. Aquela jovem, ao absorver um sentimento de culpa por ter feito o ideal, que é buscar a informação, mostrou a fragilidade e vulnerabilidade que vivia. Desconstruir o cenário que ora fora criado e poder contar com uma acompanhante de sua escolha nesse processo foi fundamental para garantir a melhor assistência obstétrica.

Por outro lado, a normalização de condutas avessas às boas práticas obstétricas não pode ocorrer.

O médico riu e disse que parecia que eu estava fazendo parto de uma vaca. Entendi que não tinha condições de conversar de forma séria com um homem que desempenha condutas tão absurdas (CENA 5).

As colocações desnecessárias e pejorativas praticadas por um profissional médico ao longo da cena 5 retratam posturas que ferem as idealizações construídas por qualquer paciente e acompanhante ao projetarem o cenário ideal para o parto e, além de precisarem ser coibidas, não devem ser tidas como naturais. A equipe assistencial, ao buscar contemporizar as atitudes daquele profissional, desconstrói qualquer modelo mínimo de respeito e assistência a ser prestada.

“Dra., amamos trabalhar com a Sra., tem paciência com ele, ele é desse jeito ogro, mas é boa gente!” (CENA 5)

Contemporizar atitudes grotescas fere a busca pela assistência humanizada tão almejada na procura pelo respeito à mulher parturiente. Dessa forma, cabe, por fim, ressaltar a importância da política de humanização da assistência obstétrica:

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000, s/p.)

Assim, fica evidente que há mais de duas décadas as normas brasileiras buscam direcionar a assistência obstétrica para uma estrutura acolhedora e segura, o que vai de encontro ao direito da gestante em buscar informações e, mesmo diante de todas as suas expectativas, estar preparada para imprevistos que podem ocorrer no processo de cuidado. Outro exemplo dessa busca pelo cuidado humanizado é a implementação da Rede Cegonha. Segundo Rattner et al. (2021, p.6), avanços importantes ocorreram na consolidação de políticas públicas, como o estabelecimento da Rede Cegonha, com o objetivo de garantir o acesso, o acolhimento e a qualidade na atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento.

Dessa forma, as idealizações podem continuar sendo criadas, mas a busca por uma assistência segura ao binômio mãe-bebe não enfrentará tantos desafios. A conscientização do risco pode tornar a tomada de decisão mais leve em momentos que, por si só, já abarcam tamanha tensão e responsabilidade.

6.4 JUDICIALIZAÇÃO

A crescente onda de judicialização vem trazendo um acúmulo de causas que poderiam não ter sido geradas, ou ainda, que já teriam sido conduzidas e resolvidas no âmbito da conciliação. Porém, ao tratarmos do tema violência obstétrica, isso não pode ser levado à conciliação. O termo violência atribui a existência de um agressor e de uma vítima, por essa razão, não se considera pertinente a exposição da vítima ao agressor na busca de uma conciliação.

Dessa forma, com a judicialização desenfreada e a impossibilidade de conciliação por se tratar de casos onde existe a figura do agressor e da vítima, a violência obstétrica ocupa espaço na esfera judicial. Nunes (2021, p.25 e p.83) aponta a crescente onda de judicialização acerca do tema Violência Obstétrica. Para tanto, é importante...

... compreender as práticas de abuso durante o pré-natal, abortamento, parto, pós-parto e puerpério como consequências de um longo processo de alienação e medicalização do parto que envolvem a combinação da violência de gênero, da institucionalização da violência, da colonialidade e da interseccionalidade dos fatores de gênero, classe, raça e etnia (NUNES, 2021, p.102).

A judicialização do tema trata da responsabilidade civil do profissional que pratica ato entendido como violência obstétrica, por isso, se faz primordial apresentar o conceito desta responsabilidade.

A responsabilidade civil é a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou simples imposição legal (DINIZ, 2022).

Dessa forma, também nos apresenta o Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002), em suas diretrizes, o conceito de atos ilícitos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Com isso, os atos ilícitos devem ser rechaçados pela sociedade e aqueles que o cometem devem ser por eles responsabilizados. Venosa, 2005, retrata que:

Os atos ilícitos são os que promanam direta ou indiretamente da vontade e ocasionam efeitos jurídicos, mas contrários ao ordenamento. O ato voluntário é, portanto, o primeiro pressuposto da responsabilidade civil. Esse conceito prende-se ao de imputabilidade, porque a voluntariedade desaparece ou torna-se ineficaz quando o agente é juridicamente irresponsável.

Nesse sentido, se fez presente a busca de responsabilização civil na cena 2:

Em menos de 30 dias, para minha surpresa, recebi no consultório uma intimação, pois estava sendo arrolada como parte em um processo civil. O recém-nascido, representado por seus pais, moveu ação contra o hospital e contra os médicos que realizaram seu parto. O processo alegava violência obstétrica (Cena 2)

Naquela oportunidade, após ter agido na busca de garantir a vida do nascituro, todas as medidas de suporte ao binômio foram praticadas e o bom resultado foi alcançado, mas o sucesso na assistência obstétrica não permitiu que o casal deixasse de se manifestar judicialmente, buscando reparo jurídico para supostos atos ilícitos praticados naquela assistência.

Embora a violência obstétrica não possua legislação específica que a defina, existem uma série de documentos normativos na legislação brasileira que delineiam o enquadramento jurídico da violência obstétrica e as repercussões indenizatórias que o fato concreto pode gerar. Mesmo com a ausência de legislação específica, o tema é regulamentado pela Constituição Federal por meio do entendimento de que a violência obstétrica fere primordialmente os princípios da legalidade e vedação a direito garantido por lei (art. 5, II, CF); de vedação à tortura e ao tratamento desumano e degradante (art. 5º, X, CF); de proibição à violação da intimidade e vida privada (art. 5º, XXXII); de defesa do consumidor (especialmente no que se refere à supremacia do interesse da consumidora no âmbito dos serviços de saúde); e o próprio direito à saúde estampado no art. 196 da Constituição Federal, entre outros (NUNES,2021, p. 57).

Todavia, em respeito ao Parecer nº 32/2018, do Conselho Federal de Medicina, fica evidente que:

O termo “violência obstétrica” deveria receber outra designação, pois envolveria, na realidade, todas as inadequadas condições dos locais de atendimento, da violência institucional, bem como de todos os profissionais de saúde e outros personagens envolvidos no atendimento à mulher (CFM, 2018).

Ainda acerca da denominação jurídica, o Ofício nº 017/19, aponta que “o posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.” (BRASIL, 2019b).

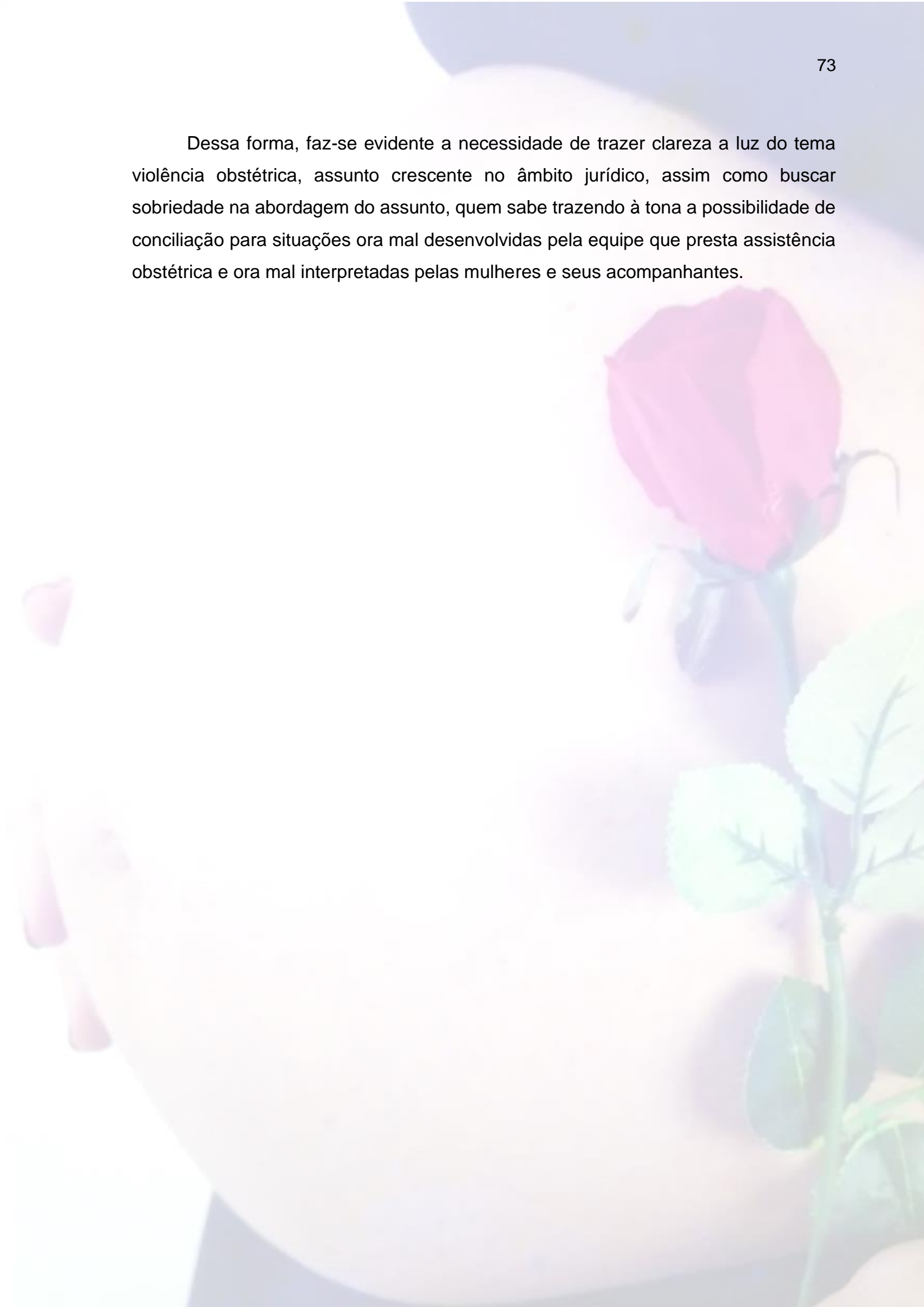
O referido Ofício acrescenta ainda que “percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (BRASIL, 2019b).

Na cena 2 retratada, onde se fez presente a busca pela caracterização de violência obstétrica, nada ocorreu que desabonasse os profissionais que atuavam naquela assistência. Vez que não foi evidenciada ilicitude dos técnicos que prestaram atendimento hospitalar, a cena 2 não é reflexo do tema, mas tão somente da proporção que essas acusações podem causar nos profissionais envolvidos.

Não houve que se falar em violência obstétrica por parte dos médicos, contudo, não ocorreu reparo para tamanha exposição e transtornos causados a esses profissionais até final do processo. Da mesma forma, as custas para defesa sobre acusações que não eram pertinentes aos profissionais médicos não se fizeram ressarcidas.

Criada em 2003, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, a Política Nacional de Humanização busca qualificar a assistência de saúde pública no Brasil, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (PNH, 2013). Assim, atitudes que não correspondem à PNH não proporcionam a melhor forma de cuidado e são passíveis de judicialização, pois descaracterizam uma assistência obstétrica de qualidade e harmônica.

Dessa forma, faz-se evidente a necessidade de trazer clareza a luz do tema violência obstétrica, assunto crescente no âmbito jurídico, assim como buscar sobriedade na abordagem do assunto, quem sabe trazendo à tona a possibilidade de conciliação para situações ora mal desenvolvidas pela equipe que presta assistência obstétrica e ora mal interpretadas pelas mulheres e seus acompanhantes.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da elaboração dessa escrita sob a ótica de uma profissional médica dedicada ao cuidado integral à saúde da mulher, fez-se possível delinear percepções de uma mulher que cuida de mulheres em sua trajetória profissional, com enfoque no ciclo gravídico-puerperal.

A identificação de lacunas sobre o tema ficou evidente ao longo da apresentação das quatro categorias que emergiram das Narrativas de Si: Intervenção Médica, Suporte Familiar, Trabalhando Idealizações e Judicialização. Através da metodologia utilizada, foi possível apresentar meios de informar as mulheres sobre a identificação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.

Além disso, atendendo a um requisito do Mestrado Profissional, a partir dos resultados obtidos na dissertação, foi elaborado um produto técnico, composto por material educativo construído com base no conteúdo prático profissional narrado.

Como produto técnico educacional, com finalidade de potencializar a divulgação de informações ao público-alvo, foram elaborados *folders* informativos acerca do tema, contextualizando as boas práticas obstétricas. Além disso, é proposta a divulgação de "*flashes*", em veículos de comunicação nas instituições de saúde, tanto na rede pública quanto privada, que recebem gestantes em todas as fases do ciclo gravídico puerperal, a fim de conscientizar as mulheres e seus acompanhantes sobre o tema.

Ao narrar cenas vivenciadas, a experiência da pesquisadora ficou em evidência, da mesma forma que suas percepções e sentimentos como mulher e médica diante de vivências profissionais ao longo dos anos de sua carreira.

O percurso vivido nas narrativas trouxe à tona o movimento de ir e vir e foi capaz de reverberar sentimentos vivenciados na prática obstétrica, a fim de apresentar a outras mulheres meios de identificar a prática de violências na assistência obstétrica. Dessa forma se fará possível a busca por um equilíbrio, não podendo o tema ser banalizado pela judicialização desenfreada e, muito menos, ser causa de silenciamento feminino.

A busca por minimizar os desconfortos da gestante, parturiente e puérpera, fazendo com que a gestação seja um período da vida da mulher o mais prazeroso possível, deve ser constante. Ao investir na melhor assistência à paciente no ciclo gravídico-puerperal almeja-se alcançar um resultado exitoso nessa fase, mesmo diante de todos os percalços clínicos que possam ocorrer.

É evidente que existem situações, como em algumas narradas, onde há violência contra a mulher e também contra o nascituro, mas categorizar o termo violência obstétrica e implantá-lo em rede nacional e latino-americana, é uma forma discriminante de uma especialidade da área da saúde que é treinada para além de salvar vidas e busca garantir que o ciclo gravídico-puerperal resulte em experiências positivas.

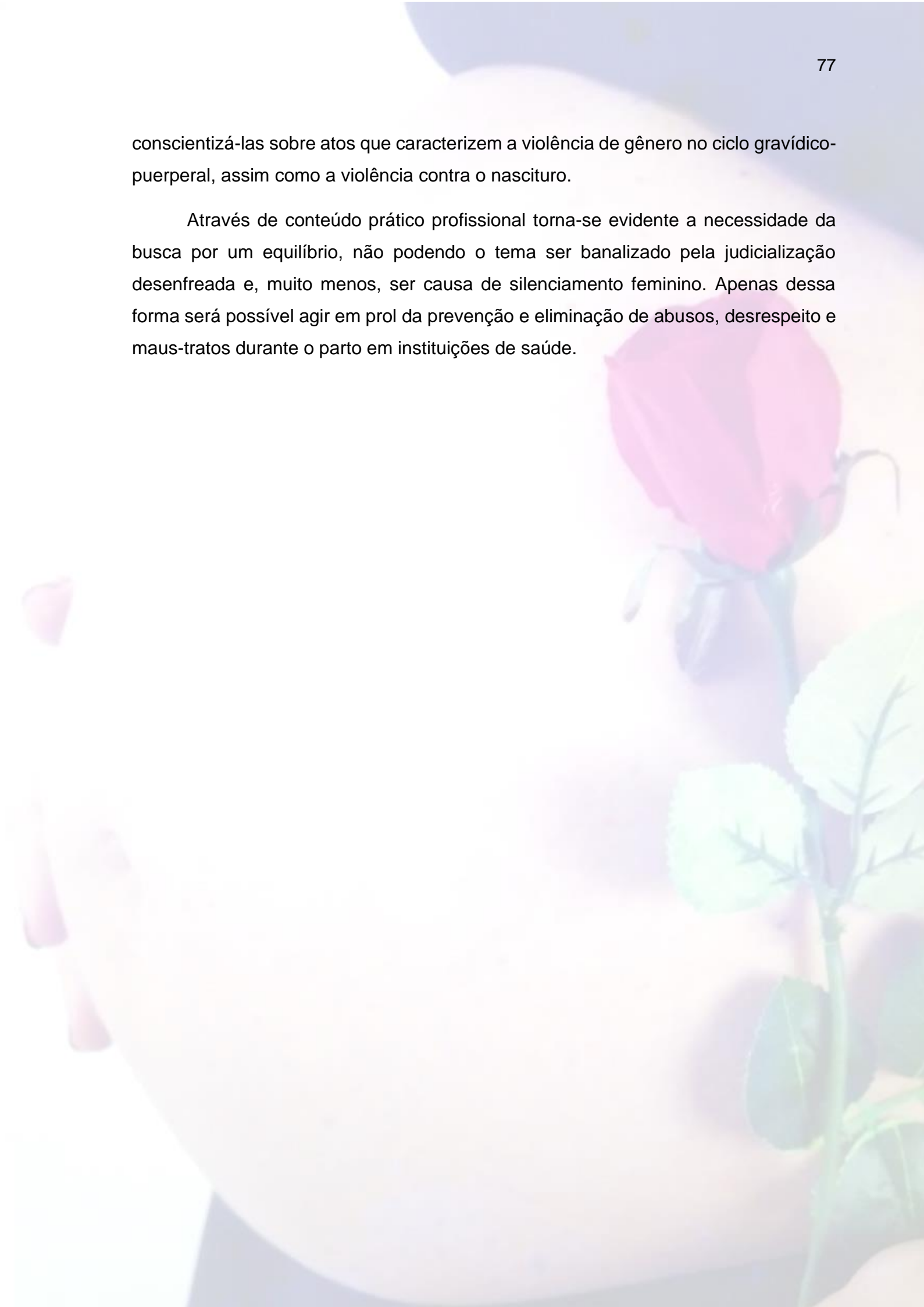
Com a proposta de abolir qualquer discriminação contra os profissionais da saúde que prestam assistência ao binômio no ciclo gravídico-puerperal (atendimento obstétrico), o termo violência obstétrica deve cair em desuso na única região do mundo que se utiliza dele, sem desamparar as mulheres em seus direitos, pelo contrário, educando essas pacientes a reconhecerem e relatarem a violência de gênero que sofreram e ampliando essa violência ao nascituro quando esta também ocorrer.

Na obstetrícia, nem sempre o resultado esperado é o alcançado. Como foi discutido ao longo do texto, existem interferências que vão além da vontade do médico ou da enfermeira obstétrica, que resultam de variáveis nem sempre previsíveis. Mediante essas situações, é evidente que prestar a melhor assistência obstétrica deve estar no escopo de trabalho de todo profissional, assim como das instituições hospitalares que se destinam a esta prática.

É claro que todo e qualquer ato violento contra a mulher e seu nascituro deve ser rechaçado e a judicialização de eventuais violências contra a mulher e também contra o nascituro é uma ferramenta que pode e deve ser usada nessas situações. As mulheres devem ser empoderadas a reconhecer atitudes que infrinjam a assistência merecida por ela, além de receberem suporte para denunciá-las, buscando minimizar ou ainda extinguir esses atos. Através de práticas educativas, com a utilização de *folders*, rodas de conversas com gestantes e acompanhantes, explicação dos termos de consentimento antes de sua assinatura, é possível informar as mulheres e

conscientizá-las sobre atos que caracterizem a violência de gênero no ciclo gravídico-puerperal, assim como a violência contra o nascituro.

Através de conteúdo prático profissional torna-se evidente a necessidade da busca por um equilíbrio, não podendo o tema ser banalizado pela judicialização desenfreada e, muito menos, ser causa de silenciamento feminino. Apenas dessa forma será possível agir em prol da prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.





REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAYER, Gravidez não planejada atinge 62% das mulheres no Brasil. [2022?] Disponível em: <https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil> Acesso em: 14 ago.2022.

BENZECRY R.M.; TRAPANI JÚNIOR A. **Parto vaginal operatório: fórceps e vácuo**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 105/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao abortamento, parto e puerpério).

BICKLEY, L.S.; SZILAGYI, P.G.; HOFFMAN, R.M. Anamnese. In: BICKLEY, L.S.; SZILAGYI, P.G.; HOFFMAN, R.M. **Bates propedêutica médica**. tradução Camila Meira e Eliseanne Nopper. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.67-93, 2022.

BOREM, P.; FERREIRA, J.B.B.; SILVA, U. J.; VALÉRIO JÚNIOR, J.; ORLANDA, C.M.B. Aumento do percentual de partos vaginais no sistema privado de saúde por meio do redesenho do modelo de cuidado. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Ribeirão Preto, v.37, n.10, p.446-454. 2015.

BRANDT, G. P.; SOUZA, S. J. P.; MIGOTO, M. T.; WEIGERT, S.P. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **Revista Gestão e Saúde**, Curitiba, v.19, n. 1, p.19-37. 2018.

BRASIL. **Código Civil**. LEI N º 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. 2002.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto Lei nº 2848 de 07 de dezembro de 1940. In: *Vade Mecum* Saraiva. 27ª ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

BRASIL. **Constituição Federal**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico. 1988.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. In: *Vade Mecum* Saraiva. 27ª ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

BRASIL. Governo Federal. **Plataforma Brasil**, de 23 de novembro de 2020. In: GOV.BR: Ministério da Educação, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/ensino-e-pesquisa/comites-de-etica-em-pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa-do-huwc/plataforma-brasil>. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 32 - **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília - DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 196, DE 10 DE OUTUBRO DE 1996**. Brasília - DF. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000**. Brasília - DF. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **OFÍCIO Nº 017**, de 03 DE MAIO DE 2019. Brasília - DF. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, p.199, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União. 10 jul. 2013. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.842-2013?OpenDocument. Acesso em: 20 mai. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION: **Preconception health and health care**. 2020. Estados Unidos da América. Disponível em: <https://www.cdc.gov/preconception/overview.html> Acesso em 06. ago.2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM nº 32/2018**. Brasília. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM nº 39/2012**. Brasília. 2012.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Home. institucional. Quem Somos. **Juramento de Hipócrates**. São Paulo. 2022. Disponível em cremesp.org.br. Acesso em: 09 set. 2022.

COSTA, F.D.; AZEVEDO, R.C.S. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 2, p.261-269, 2010.

COSTA, M.V. Educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. In: SOUZA, M.P.; COSTA, P.P. **Nova formação em saúde pública**: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, RedEscola, v.2, p.260, 2019.

CUNHA, A. A. Indicações do Parto Fórceps. **FEMINA**, São Paulo, v.39, n.12, p.549-

554, Dez. 2011.

CUNNINGHAM, F. G. et al; **Williams Obstetrics 25ª edição**. Estados Unidos. McGraw-Hill Education, 2018.

DINIZ, M.H. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. Teoria Geral do Direito Civil. 39 ed., v. 1. São Paulo: Saraiva JUR, 2022.

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.19, n.2, p.313-326, 2009.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Assistência ao parto da gestante de risco obstétrico habitual**. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 94/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

FREIRE FILHO, J.R.; SILVA, C.B.G.; COSTA, M.V.; FORSTER, A.C. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil interprofissional. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 43, n. especial 1, p.86-96, Ago 2019.

FURTADO, J.P. Narrativas de Si: Memória e Transformação. Goulart, P.M.; PEZZATO, L.M. **Narrativas de Si: Práticas em Educação e Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020, p.163-171.

GALLO, J.H.S. A importância do consentimento livre e esclarecido para a gestante. Portal **Conselho Federal de Medicina**. Brasília, 26 maio 2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/a-importancia-do-consentimento-livre-e-esclarecido-para-a-gestante>. Acesso em: 30 jun. 2022.

GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O' RAHILLY, R. **Anatomia**. 4ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1988.

GOLDENBERG, S. Reflexões sobre a verdade. **Acta Cirúrgica Brasileira**. Volume 22, n.6, Dez, 2007.

GOMES, J. T. **A união e o fenômeno da judicialização da saúde: uma análise empírica dos possíveis impactos nas políticas públicas de saúde**. 2019. 84f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política), Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, Campina Grande, 2019.

GOODMAN, M.; TAGLE, D.; FITCH, D.; BAILEY, W.; CZELUSNIAK, J.; KOOP, B.; BENSON, P.; SLIGHTOM, J. Primate evolution at the DNA level and a classification of hominoids. **Journal of Molecular Evolution**. Bethesda. v.30, n.3, p.260-66, 1990.

GROSSEMAN, S; PATRÍCIO, Z.M. A Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.99-105, 2004.

HOSPITAL de Vicente de Carvalho vai ser entregue até 15 de julho. **Jornal A Tribuna**, Santos, ano 2010, 27 de janeiro de 2010.

ILHA das Flores. Direção: Jorge Furtado. Produção: Mônica Schmiedt, Giba Assis

Brasil e Nora Goulart. Roteiro: Jorge Furtado. Intérpretes: Paulo José, Cica Reckziegel, Douglas Trainini, Irene Schmidt, Julia Barth e Luciana Azevedo. Porto Alegre: Casa de Cinema de Porto Alegre, 1989. **Documentário/ Curta-metragem** (15 minutos).

LAGO, P.N.; CARVALHO, A.H.S.; CRUZ, M.L. **Gestante Adolescente**: rede de apoio social e sua influência no exercício da maternidade. Belém. Neurus, 2020.

LANSKY, S.; SOUZA, K.V.; PEIXOTO, E.R.M.; OLIVEIRA, B.J.; DINIZ, C.S.G.; VIEIRA, N.F.; CUNHA, R.O.; FRICHE, A.A.L. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.2811-2823, 2019.

LEÃO, A.K.; CARVALHO, M.R.; DE PAULA, L.B.; DE ANDRADE, L.S.; TELLES, I.F.; MALTA, A.L.C.; LEÃO, K.A. A percepção das parturientes em relação a violência obstétrica durante o trabalho de parto no Brasil: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5, n.1, p. 3449-3459 jan./feb. 2022.

LIDA, M.; HORIUCHI S.; PORTER S.E. The relationship between women-centred care and women's birth experiences: a comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. **Midwifery**. Tóquio-Japão. v. 28, n. 4, p. 398-405. aug. 2012.

LÓPEZ, A.; FERNÁNDEZ-VELASCO, R.; GARRIDO-HERNANSAIZ, H. La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática. **Psicosomática y psiquiatría**, Barcelona-Espanha, v.18. p. 25-35, 2021.

LUND N.S.; PERSSON L.K.; JANGÖ H.; GOMMESEN D.; WESTERGAARD H.B. Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. 2016 Dec; 207:193-199. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.013. Epub 2016 Oct 26. PMID: 27865945.

LYNN S.B. **Propedêutica Médica essencial**: Avaliação Clínica, anamnese, exame físico. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1976.

MARIANI, A., NASCIMENTO-NETO, J. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cadernos da Escola de Direito**, Curitiba, v.2, n.25, p.48-60, 2016

MARQUES, S.B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**. Brasília, v.9, n.1, p.97-119, 2020 Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Savier, 2005.

NUNES, A.B.C. **Análise jurisprudencial sobre violência obstétrica no Tribunal de Justiça de São Paulo no período de 2016 a 2019**. 2021. 129 f. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2021.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, 2015.

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

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

ONU, Organização das Nações Unidas. **OMS: gravidez indesejada resulta de falta de serviços de planejamento familiar**. Nova Iorque, 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/10/1692151>. Acesso em: 14 ago.2022.

PARENTE, R.C.M.; MORAES FILHO, O.B.; REZENDE FILHO, J.; BOTTINO, N. G.; PIRAGIBE, P.; LIMA, D.T.; GOMES D.O. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **FEMINA**, São Paulo, v.38, n.9, p.549-554, Set. 2010.

PNH. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. 1º edição, Brasília-DF. 2013.

RATTNER, D.; KEUNECKE, A.; ANDREUCCI, C.B.; NETO, D.; SILVA, J.; HORTA, J.; VENTURA, K; VILELA, M.; BOREM, P.; JONES, R.; DINIZ, S.; VENANCIO, S.; LANSKY, S.; TOMA, T. (2021). Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21 **Parceria Unicef -ReHuNa**, Brasília, 2021.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface comunicação saúde e educação**, Botucatu, v.20, n.56, p.185-196, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-20-56-0185.pdf. Acesso em 10/06/2022.

REZENDE, J. **O Parto: estudo clínico e assistência**. In: REZENDE, J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.: p. 337-62.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 9º edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2003.

ROSAS, C.F. (coord.) **Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia**. 3ª edição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004.

SANTA CATARINA (Estado). **LEI Nº 18.322, DE 5 DE JANEIRO DE 2022**. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Florianópolis, 05 jan.2022. não paginado. Disponível em http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html. Acesso em: 01 jun.2022.

SANTOS, A.C.F. **A estratégia do plano de parto na saúde da família no município de Camaçari, Bahia**. 2020. 66f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Sul da Bahia. Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Porto Seguro, 2020.

SANTOS, A.M. Direitos da Mulher: Evolução Lenta e Gradual. **Revista OAB RJ** Ordem dos Advogados do Brasil. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://revistaeletronica.oabRJ.org.br/?artigo=direitos-da-mulher-evolucao-lenta-e-gradual>. Acesso em: 09 mai. 2022

SOUZA, A.B.; SILVA, L.C.; ALVES, R.N.; ALARCÃO, A.C.J. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.25, n.3, p.115-128, set./dez., 2016.

SOUZA, B. M.S.; SOUZA, S. F.; RODRIGUES, R. T. S. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 166-184, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em 05 set. 2022.

SOUZA, E.C. (Auto) biografia, identidades e alteridade: modos de narração, escritas de si e práticas de formação na pós-graduação. **Revista Fórum Identidades**, Sergipe, v.4, n.4, p.37-50, jul./dez. 2008.

STARLING, C.; CONTI, K. C.; NUNES, C. “Como eu vou fazer pesquisa sozinha?” O processo de inserção na pós-graduação evidenciado nas narrativas de uma professora. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 37, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.75623>.

VENOSA, S.S. **Direito Civil IV: Responsabilidade Civil**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VILANOVA, G.C.; XYRICHIS, A.; BOHOMOL, E.; ROSSIT, R.A.S. University professors' perceptions about patient safety teaching in an interprofessional education experience: A phenomenological study. **Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences**, v.15, p.123–140, 2021. <https://doi.org/10.5590/JSBHS.2021.15.1.10>

WHO recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica*, 56(3), p. 247-53, 1977. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3109/00016347709162009>

WHO **recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

ZANARDO, G.L.; Uribe, M.C.; De Nadal, A.H. R.; Habigzang L.F. Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa. **Psicologia e Sociedade**. Recife, v.29, e155043. p.1-11, 2017.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib Obstetrícia**. 4. ed. Barueri: Manole, 2020.

APÊNDICES



Apêndice 1 - Declaração de Responsabilidade



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Título do Projeto de Pesquisa: Violência obstétrica no ciclo gravídico puerperal: entre silenciamentos e judicialização

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

Campus UNIFESP/ Departamento: Instituto Saúde e Sociedade / *campus* Baixada Santista / Departamento Saúde, Educação e Sociedade

Objetivo acadêmico: Fornecer conteúdo prático profissional a fim de que se torne clara a necessidade da busca por um equilíbrio, não podendo o tema ser banalizado pela judicialização desenfreada e, muito menos, ser causa de silenciamento feminino.

Nome da Orientanda de Mestrado: Cristiane Ferreira Areias da Silva

Local onde será realizada a pesquisa: não haverá local, a pesquisa dedica-se a expor algumas percepções de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre violência obstétrica, sob a ótica de uma profissional médica dedicada ao cuidado integral à saúde da mulher, procurando identificar lacunas sobre o tema e apresentar meios de informar as mulheres sobre este tipo de violência.

E-mail para contato: cristiane.areias@unifesp.br; uchoa.lucia@unifesp.br

Eu, **pesquisador responsável** pelo projeto acima especificado, **declaro que:**

1. O projeto de pesquisa não incluirá participantes de pesquisa, nem utilizará materiais obtidos diretamente de seres humanos (por exemplo células, sangue periférico, tecidos, entre outros), nem utilizará imagem/som/questionários/entrevistas/grupo focal que permitam sua identificação individual, dados de



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

prontuários de assistência do paciente, fichas de cadastros pessoais e/ou fichas escolares;

2. O projeto de pesquisa não utilizará animais vertebrados não humanos nem materiais obtidos diretamente de animais vertebrados não humanos (por exemplo células, sangue periférico, tecidos, entre outros);

3. Estou ciente de que se nesta pesquisa houver manipulação genética (organismos geneticamente modificados), será necessário obter carta de aprovação da Comissão Interna de Biossegurança da Unifesp (CIBio), e que é minha responsabilidade obtê-la antes do início da pesquisa (Lei nº 11.105/2005 <http://www2.unifesp.br/reitoria/orgaos/comissoes/cibio/index.php?cod=apresenta>);

4. Estou ciente de que caso a pesquisa envolva acesso a patrimônio genético brasileiro e/ou conhecimento tradicional, o projeto deverá ser cadastrado no sistema auto declaratório SisGen, conforme Lei nº 13.123/2015, antes da sua publicação e/ou comercialização do produto, sendo de minha responsabilidade realizar e manter este cadastro atualizado (<https://sisgen.gov.br/>);

5. Estou ciente de que caso os dados utilizados nesta pesquisa não forem de acesso público e/ou se a pesquisa não for realizada em local público, será necessário obter o documento de autorização emitido pela instituição em que será realizada a pesquisa e/ou detentora dos dados a serem utilizados, onde deverá conter as atividades que serão desenvolvidas e assinatura do dirigente institucional ou pessoa por ele delegada, com identificação de cargo/função e respectiva assinatura, antes do início da pesquisa (Lei no 12.527/2011);

6. Estou ciente de que se houver coleta de exemplares biológicos e/ou se a pesquisa for realizada em unidades de conservação federais ou em cavidade natural subterrânea, será necessário obter documento de



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

autorização do Ministério do Meio Ambiente, conforme Instrução Normativa nº 03/2014 do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade, e é de minha responsabilidade obter este documento antes do início da pesquisa (<https://www.icmbio.gov.br/sisbio/>);

7. Estou ciente de que se o projeto tiver a possibilidade de gerar conhecimento passível de proteção intelectual (patentes, direito autoral, novos tratamentos, marcas, softwares, cultivares, segredo industrial), é minha responsabilidade entrar em contato com a Agência de Inovação Tecnológica e Social (Agits);

8. Estou ciente de que se houver uso do Hospital São Paulo ou algum de seus ambulatórios ou setores será necessário anexar autorização expedida pelo Comitê de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital São Paulo (CoEPE/HSP), e é minha responsabilidade obter este ofício antes do início da pesquisa (email: coep@huhsp.org.br);

9. Estou ciente de que se houver o uso de agentes radioativos, será necessário obter documento de autorização do Núcleo de Proteção Radiológica (NPR) e é minha responsabilidade obter este documento antes do início da pesquisa (para maiores informações sobre o NRP, contato: npr@unifesp.br; VOIP:2882);

10. O referido projeto cumpre as normas legais vigentes relacionadas à proteção intelectual, boas práticas e ética em pesquisa e que será minha responsabilidade zelar pela correta condução do projeto de pesquisa;

11. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados e gerados pela pesquisa bem como manter a privacidade de seus conteúdos. Também é minha a responsabilidade não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa;



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

12. Declaro a precisão de todas as informações acima fornecidas e comprometendo-me a informar todos os demais pesquisadores envolvidos no projeto sobre elas.

Santos, 02 de maio de 2022

Assinatura manuscrita em azul de Cristiane Ferreira Areias da Silva.

Cristiane Ferreira Areias da Silva
Orientanda

Assinatura manuscrita em azul de Profa Dra Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo.

Profa Dra Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
Orientadora

De acordo,

Assinatura manuscrita em azul de Prof. Dr. Leonardo Carnut.

Prof. Dr. Leonardo Carnut
Vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação
Ensino em Ciências da Saúde (PPGECS)

Apêndice 2 - As Narrativas de Si

CENA 1

Era uma quarta-feira, mais um dia de trabalho. Como de costume, saí de casa com uma relativa folga de horário para possíveis imprevistos. O percurso foi como o habitual, assumindo o plantão antes das 7 horas da manhã. No caminho, pude observar a cidade iniciando sua movimentação naquela manhã, como tudo se organiza, como cada família tem seu ritmo próprio, enquanto alguns ainda estão indo à padaria outras pessoas já estão estressadas no trânsito.

No hospital, a rotina diária, receber a passagem de plantão com a discussão dos casos patológicos e possíveis altas. Éramos dois plantonistas em uma maternidade privada da cidade. Um iniciou a realização das visitas médicas pelos setores do hospital enquanto o outro ficou na “porta”, ou melhor, no Pronto Atendimento Obstétrico (PSO), atendendo àquelas pacientes que procuravam pelo serviço de urgência e emergência da maternidade. Algumas consultas tranquilas, outros casos mais complexos, a hora passava e ainda tinha muitas pacientes precisando receber visita médica naquela manhã de quarta-feira.

Entre as avaliações das pacientes que se encontravam internadas no pré-parto, em fase ativa de trabalho de parto, os atendimentos do Pronto Atendimento Obstétrico e as visitas médicas, eis que percebemos uma movimentação estranha na sala de espera do PSO.

A agitação das pessoas era evidente! A triagem da enfermagem identificou a necessidade de prioridade no atendimento e assim foi feito. Paciente colocada no segundo consultório do PSO, já recebendo os primeiros cuidados, naquele momento estava desacompanhada. A mulher foi levada de cadeira de rodas para o setor e a equipe de enfermagem a acompanhou o tempo todo.

Por se tratar de prioridade de atendimento, imediatamente me dirigi ao consultório onde a paciente estava. Diante do nítido quadro de dor, suas vestes foram por ela mesma retiradas, lembro-me como se fosse hoje. Aquela mulher trajava um vestido verde-claro de algodão onde era impossível não perceber a marca da umidade deixada pela parte de cima de um biquíni, única peça íntima que usava. Assim a paciente se deitou, com a parte de cima de um biquíni bastante molhada e com a

região pélvica coberta por um lençol hospitalar.

Diante da situação, imediatamente avaliei o batimento cardíaco fetal, que estava bem abaixo do normal, indicando sofrimento fetal. Ao toque vaginal, dilatação total, apresentação baixa (+3 de De Lee), tudo certo para que o nascimento ocorresse, não fosse a variedade de posição. O polo cefálico estava em variedade de posição transversa. Essa variedade de posição praticamente é impeditiva de nascimento, pois não é compatível com o diâmetro da bacia, chegando a bloquear a passagem do concepto pelo estreito inferior da pelve feminina, devido a dificuldade de passagem nos ângulos da bacia. Essa era a causa do sofrimento fetal, e do mecônio quatro cruzeiros que se apresentava.

Identificada a causa do sofrimento fetal, esta tem de ser corrigida da forma mais breve possível, para otimizar o nascimento e buscar viabilizar a assistência neonatal mais rapidamente. Esclareci que naquela situação era muito mais rápido aplicar o Parto Fórceps do que realizar uma cesariana. Os minutos abreviados pelo procedimento vaginal poderiam ajudar a salvar a vida de seu filho.

Assim fizemos, o marido da paciente entrou no consultório ainda durante o exame físico e ouviu todas as explicações sobre os problemas encontrados. Era grave, o concepto corria risco iminente de morte. Precisávamos assistir o parto naquele momento. A paciente, por sua vez, pareceu não ter compreendido a gravidade, pedia para o marido as velas aromáticas, a música, as luzes e os incensos, chamava por sua equipe: Elas me abandonaram... Por que elas não chegaram ainda? Elas têm de vir, nosso filho tem de nascer de parto normal!

Eu intervi, entre pedido de internação, aviso de sala de centro obstétrico, acionamento de equipe de anestesia e de pediatria para caso de emergência, perguntei se a paciente havia contratado equipe médica para assistir ao parto. Esse questionamento já havia sido feito, por se tratar de maternidade privada, uma das primeiras perguntas às pacientes é se elas possuem médico assistencial que tenham contratado para acompanhar os seus partos. Mesmo diante de casos de gravidade como o que se apresentava, realizamos contato com o obstetra da paciente e explicamos detalhadamente a situação. Quando o profissional tem disponibilidade ele imediatamente vai ao hospital enquanto a equipe de plantão inicia os procedimentos. Dessa forma, quando o profissional personalizado assume o caso, a equipe de plantão segue na função de auxílio.

Nesse caso, isso não ocorreu. Tanto o marido quanto a própria paciente afirmaram não terem contratado profissional médico para assistência ao parto. Diante da ausência de profissional contratado para prestar assistência obstétrica, nós da equipe de plantão éramos os profissionais técnicos habilitados a seguir aquele acompanhamento, sem haver outro médico que pudesse chegar durante os cuidados prestados.

A paciente exigia aguardar pelo parto normal, chegou a dizer que se seu filho nascesse morto, seria da vontade de Deus, mas que tinha de nascer de parto normal. Esse momento foi de espanto para todos, tanto para a equipe que prestava assistência quanto para algumas pacientes e seus acompanhantes que ouviram a fala da paciente no corredor a caminho do centro obstétrico. O marido, assustado com a fala de sua esposa, falou para ela que toda a equipe e eles contrataram podia ir embora e deixar a equipe hospitalar continuar trabalhando.

Da forma mais serena possível expliquei a ela o que eu acreditava: “Confio em Deus e por isso tenho certeza de que a vontade Dele está sendo feita, tanto que vocês vieram procurar assistência. Se fosse para essa vida que está em seu ventre ter chegado ao fim, vocês não teriam vindo até aqui, permita que façamos o nosso melhor e peça o auxílio Dele. Vamos lutar!”

Assim foi feito, a paciente foi imediatamente conduzida ao centro obstétrico, por todo o tempo acompanhada de seu marido. A enfermagem do Pronto Socorro Obstétrico orientou as outras pacientes de que a equipe tinha ido atender uma emergência e assim que possível retornaria. Enquanto isso, eu, parte da equipe, ao tentar acessar o centro obstétrico, fui abordada por uma moça jovem, que se identificava como acompanhante daquela paciente que acabara de entrar. Essa mulher exigia, aos gritos, que eu lesse e assinasse um papel dobrado e um tanto amassado que ela tirou da bolsa. De forma breve e educada, expliquei que a paciente já estava acompanhada de seu marido e que os dois não me solicitaram que tomasse ciência de qualquer papel. Esclareci ainda que a emergência do caso não me permitiria retardar a assistência à mulher gestante naquele momento, mas que assim que possível eu retornaria para conversar com ela e com outros familiares que ali houvesse.

Em sala de parto, paciente anestesiada, eu explicava meus movimentos ao casal, como faço em todos os casos. Acredito que a paciente tem direito de saber o

que está acontecendo com seu corpo. Normalmente, esse passo a passo se desenrola tranquilamente, mas a situação toda trouxe uma tensão maior que o habitual ao ambiente. Para aplicação do fórceps são necessários dois médicos obstetras. Meu colega de plantão, ao ser acionado, abandonou suas atividades de visita hospitalar e foi ao setor se paramentar para entrar no procedimento. Estranhou o clima da sala de parto e de forma discreta me perguntou se estava tudo bem. Me limitei a responder: “Vai ficar, tenho fé!” Ele sabia toda a gravidade do caso, mas não tinha noção do contexto social. Pronunciei cada movimento da aplicação do fórceps. O casal se limitava a assentir com a cabeça. Tração de prova positiva. Realização da episiotomia, Fórceps aplicado. Recém-nascido vivo, sem tónus muscular, imediatamente entregue à neonatologista.

O caso era grave e o recém-nascido precisou de muitos cuidados. Santo minuto de ouro! Na assistência neonatal, o recém-nascido recebe uma nota ao nascer, chamado índice de Apgar. Essa nota varia de zero a dez e é avaliada no primeiro e no quinto minuto de vida rotineiramente e no décimo minuto, quando necessário.

Aquele menino recebeu Apgar 2 no primeiro minuto, isso definitivamente não é bom, mas eis que ele melhorou, teve 7 no quinto minuto e 9 no décimo minuto. Ele se recuperou! Nasceu grave, mas diante da brevidade do parto e da excelente assistência neonatal, melhorou muito e rápido. Foi levado ao seio materno para amamentação ainda em sala de parto. Não precisou de cuidados intensivos e pôde permanecer em alojamento conjunto durante o período de internação pós-parto.

Aquela mulher, que entrou gestante naquele setor e saiu uma mãe satisfeita com o filho no colo e aquele homem, que se mostrou companheiro no que foi, provavelmente, o maior dilema de suas vidas, conversaram bastante conosco ainda em sala de parto. Só então pudemos entender o contexto, a paciente estava evoluindo o seu trabalho de parto em uma banheira, por isso aquelas vestes.

Diante do bom resultado e com o bebê no peito enquanto a rafia da episiotomia era realizada, aquela moça contou que foi orientada desde o início que não é necessário ter o acompanhamento de médico obstetra em seu trabalho de parto e mesmo durante o parto e que qualquer coisa iria para o hospital.

Aquele casal acreditou na proposta. Nos contaram que sua casa é simples e que por “precisarem” de uma banheira grande concordaram com a sugestão de mudar de ambiente, por isso foram evoluir o trabalho de parto em um conhecido hotel da

cidade. Estavam acompanhados de profissionais que garantiram o bom resultado, essas eram as pessoas que a paciente queria esperar antes de qualquer procedimento. A paciente acreditava que para ser uma mulher completa, tinha de ser capaz de suportar o parto normal a qualquer custo. Quando ela viu seu filho em seu colo, mamando e saudável, ela disse que entendeu que nenhum risco para ele valia o parto normal.

O casal foi grato à toda equipe hospitalar, esse caso foi assunto de algumas discussões clínicas e de quanto é valioso o esclarecimento de cada gestante sobre as nuances de cada via de parto.

CENA 2

Pensa no dia primeiro de janeiro de qualquer ano e diz para você mesmo o que você prefere estar fazendo nesse dia. É automático, a pessoa lembra da virada do ano, onde estava, o que gosta de vestir ou de comer, com quais pessoas gosta de estar nesse primeiro dia do ano e quantas expectativas essa data representa.

Pois bem, na área da saúde, muitos profissionais trabalham nessa data, por estar escalado, por necessidade de fazer um plantão extra, ou até mesmo por habitualidade. Não importa o motivo, os profissionais estão lá, preparados para prestar a melhor assistência.

Assim aconteceu, era primeiro de janeiro de algum ano, em alguma maternidade que prestava assistência ao Serviço Único de Saúde e também realizava atendimentos privados. O dia transcorreu com seus casos e atividades habituais, a equipe de enfermagem estava animada, o pessoal da limpeza cuidando de tudo impecavelmente. Naquele setor fechado, pouco tínhamos contato com o restante do hospital. Aliás, pensa num hospital geral grande, um mundo de atendimentos e acontecimentos diários.

Troca de plantão, troca de turno da equipe de enfermagem, da limpeza e de tantos outros setores do hospital, acreditem, até técnico de informática tem escala de plantão quando escolhe trabalhar na área da saúde. Na equipe médica não houve troca, assim como em outras áreas da saúde, assumimos ali o plantão de 24 horas corridas, para posterior descanso.

O assunto da equipe do noturno também era réveillon, afinal, quem trabalha com escala 12 horas por 36 horas, normalmente só consegue estar de folga nesta data da virada do ano a cada 2 anos. Por isso é praticamente impossível não fazer a comparação entre as comemorações vividas, lembravam que o ano anterior estavam de plantão juntas em 31 de dezembro e que nesse puderam passar com seus familiares e amigos. O plantão fluiu leve, com todas as atividades sendo feitas e com alguns comentários e risos escapados entre um atendimento de PSO e outro.

Por volta das 22 horas do plantão noturno do dia 01 de janeiro atendemos uma paciente que referiu ter ido para avaliação. Relatou dor leve e solicitou medicação para alívio da dor. Orientada pela necessidade de exame físico, se limitou a dizer que sua médica iria fazer no consultório. Era um sábado, independente do feriado do dia primeiro, a médica também não a atenderia no dia subsequente, pois era domingo.

Explicamos delicada e detalhadamente a importância do exame físico para posterior, à paciente e seu marido, que a acompanhou por todo tempo, enfim concordaram com o exame físico. Assim se fez, realizado exame físico geral e obstétrico que não evidenciava sinal de trabalho de parto em fase ativa. Foi então solicitado exame de cardiocotografia, para controle da vitalidade fetal e prescrita a medicação para alívio da dor.

Paciente imediatamente conduzida ao exame, enquanto ainda aguardava a aplicação da medicação endovenosa que estava sendo preparada, o exame mostrou alteração sugestiva de sofrimento fetal. O exame de cardiocotografia alterado não é patognomônico de sofrimento fetal, mas sua alteração precisa ser considerada e auxilia na tomada de decisões.

Já era sabido que a paciente apresentava médica pré-natalista contratada para assistência ao parto, por essa razão, foi buscado contato imediato com a profissional, concomitante com o esclarecimento do casal frente às alterações evidenciadas no exame.

Após realizada discussão de caso entre a equipe de plantão e indicada a interrupção da gravidez por risco fetal iminente, foi solicitada internação hospitalar e sala no Centro Obstétrico (CO) com urgência e imediatamente buscou-se contato telefônico com a médica obstetra responsável pela paciente.

Inúmeras ligações foram feitas, porém a equipe não estava obtendo sucesso. A paciente e seu marido, que a acompanhava em todos os momentos, exigiam contato com a médica. O esposo da paciente também tentou por diversas vezes, mas a profissional não atendeu às ligações.

O marido então explicou que a assistência ao parto já havia sido paga e por isso insistiam em ter a profissional deles ali. O casal concordou com a conduta da equipe médica de plantão diante do risco que sua filha corria e deu-se continuidade à assistência.

Com tudo pronto, prestes a iniciarmos o procedimento, conseguimos contato telefônico com a médica da paciente. A colega foi clara em explicar que não chegaria ao hospital em tempo hábil e agradeceu o cuidado que estava sendo prestado. Pedi a gentileza dela conversar com o marido da paciente e ela concordou.

Enquanto aquela ligação telefônica terminava, eu realizava a escovação das mãos para realização do parto cesariana. A paciente estava sendo anestesiada e

assim que acabou de falar ao telefone, o marido colocou-se novamente a seu lado, agora já na sala cirúrgica do CO.

Parto cesariana de emergência realizado com sucesso. Mesmo com as sete camadas de tecido que se apresentam entre o obstetra e o bebê, o procedimento foi rápido como a urgência precisava que o fosse. Apenas um minuto ocorreu entre a primeira incisão do bisturi e a extração fetal. O recém-nascido foi imediatamente atendido pela equipe de neonatologia. O exame realmente detectou um caso de sofrimento fetal, não se tratava de um falso-positivo, como às vezes acontece.

A equipe de neonatologia prestou todos os cuidados necessários e conversou bastante com os pais, parabenizando-os por terem ido para o hospital a tempo e agradeceu toda a equipe da maternidade pela brevidade na resolução do caso. Da chegada da paciente ao nascimento se passaram pouco mais de 20 minutos. A cardiocografia ficou ligada por todo o tempo, até o início do ato cirúrgico e seu traçado era digno de livro, caracterizando o sofrimento fetal.

Tão logo terminei a cesariana, fui ver o bebê e pedi autorização para a equipe de neonatologia para que o colocássemos no seio materno. Como o quadro de desconforto respiratório havia melhorado, a pediatra concordou e me acompanhou nessa atitude. A mãe estava sozinha, por algum motivo, seu marido havia saído do seu lado. O bebê mamou e seguiu ali, próximo à mãe e aos cuidados da equipe de neonatologia.

Por aquele tempo, toda a equipe esqueceu do assunto 01 de janeiro. Só se falava em como é importante termos atenção no atendimento e explicar às pacientes a importância do exame físico e subsidiário, além de como foi bom o resultado, graças ao entrosamento da equipe de trabalho. Estávamos satisfeitos, com a boa sensação de dever cumprido.

Na madrugada, ainda durante aquelas 24 horas, enquanto eu realizava atendimento no PSO, fui acionada pelo plantão administrativo. A responsável pelo plantão me pedia um recibo, pois o marido daquela paciente, daquele parto, havia pago diferença de categoria de convênio e eu precisava emitir um recibo referente aos honorários médicos que seriam cobrados pela diferença de classe. Confesso que não entendi, nunca precisei dar recibo de assistência obstétrica enquanto trabalhava como plantonista em qualquer hospital. A diferença de categoria, ou diferença de classe, é a troca de uma acomodação enfermaria por uma acomodação apartamento, de

escolha dos hóspedes, nesse caso dos pacientes.

Aquele hospital presta serviço ao SUS e também à saúde suplementar, mas no atendimento pela equipe não há distinção de qual é o convênio da paciente. Em dezesseis anos de profissão, nunca houve situação semelhante. Qual a relação do médico plantonista com a cobrança ou não pela instituição? Em que isso poderia interferir na assistência à paciente? A diferença de categoria faria diferença na hotelaria, nas características do quarto onde a paciente ficaria instalada durante sua internação e receberia suas visitas, mas, definitivamente, nada tinha a ver com a assistência prestada ao parto. A funcionária da administração entendeu nossas colocações e se prontificou a fazer um recibo da instituição, onde escreveu “referente aos honorários médicos da *Dra. Fulana* e do *Dr. Ciclano*”.

O marido, aos gritos, discutiu diversas vezes com a funcionária da administração do hospital. Ouvia-se do Centro Obstétrico os gritos do acompanhante na sala de espera da maternidade. A paciente foi levada para suas acomodações por volta das 4 horas da manhã. O parto havia ocorrido entre 22 e 23h da noite do dia 01.01. Não houve intercorrência cirúrgica e toda aquela demora para transferência para o quarto era totalmente fora do habitual.

Aquele plantão transcorreu com vários outros atendimentos e outros procedimentos, e toda aquela animação da equipe no início da noite, deu lugar ao nítido cansaço na troca de plantão. Enfim, 7 horas da manhã, passagem de plantão e todos fomos para casa. Descanso mais que merecido.

Já em casa, recebi uma ligação do hospital, tratava-se do setor do caixa, referente ao procedimento da paciente que havia optado por pagar a diferença de acomodação. A instituição entendeu que por ter ocorrido a mudança de categoria de convênio a paciente devia seguir toda a internação sob minha responsabilidade, já que eu havia sido a cirurgiã principal. Ou seja, entenderam que a paciente deveria ser atendida como paciente particular internada aos meus cuidados, incluindo minha responsabilidade sobre visitas médicas até a alta, incluindo atendimento a possíveis intercorrências durante aquela internação.

Assim foi feito, retornei ao hospital para realizar a visita médica diária. A paciente encontrava-se acomodada no apartamento contratado, acompanhada de seu filho e seu marido e a visita médica transcorreu naturalmente, todas as dúvidas foram esclarecidas. No dia seguinte, da mesma forma.

No ato da alta médica, seu marido solicitou um cartão meu, pois disse estar muito satisfeito com o atendimento e gostaria de dar continuidade ao atendimento de puerpério em meu consultório. Chegaram a agendar consulta e não compareceram.

Em menos de 30 dias, para minha surpresa, recebi no consultório uma intimação, pois estava sendo arrolada como parte em um processo civil. O recém-nascido, representado por seus pais, moveu ação contra o hospital e contra os médicos que realizaram seu parto. O processo alegava violência obstétrica, um dos parágrafos fazia menção à presença de ferrugem no frigobar do quarto onde permaneceram internados e também à pintura da parede que estaria “descascando”.

Mesmo sem dar causa a qualquer constrangimento ou situação estrutural desfavorável que aquele casal sofrerá, a equipe médica estava ali, precisando se defender por ter realizado aquele parto de nítida urgência e ter salvo a vida daquele recém-nascido.

Assim se fez, fui convocada para inúmeras reuniões no hospital, que já no primeiro momento deixou claro que não atuaria em defesa dos profissionais médicos e por isso, cada um dos envolvidos deveria procurar por um profissional habilitado para sua defesa. Diante disto, constituí advogada e respondi o processo civil. Não bastasse de surpresas a defesa do colega médico apontava que ele não tomara conhecimento do caso e por isso deveria ter sido desligado do processo. Pasmem, ele quem decidira o valor a ser cobrado pelos honorários médicos.

Naquele processo, já em primeira instância, foi julgado favorável a mim, desvinculando qualquer situação alegada ao ato médico praticado. Não me preocupei em procurar saber qual curso seguiu quanto aos outros acusados. Depois de mais de um ano e de custas pagas à minha advogada fui então “inocentada”, pois não havia consistência das acusações apontadas contra o meu atendimento.

O processo seguiu contra a instituição hospitalar e não fui mais acionada.

CENA 3

Até quando esperar um parto vaginal???

Sabe aquele amigo-irmão que a vida te dá? Tenho dois amigos que a profissão me deu, nossa conexão e nosso ritmo no plantão é tão síncrono que parece haver leitura de pensamento. A continuidade no trabalho é natural e assim temos prazer em trabalhar juntos.

Normalmente trabalhamos em duplas nas maternidades. Eis que um belo dia, assumimos o plantão eu e um desses grande amigos, já sabendo que o outro também estava no hospital, não de plantão, mas como acompanhante de sua esposa. O segundo filho do casal iria nascer, o trabalho de parto já estava em andamento e eles estavam acompanhados de uma obstetra amiga da família e professora da cidade.

O trabalho de parto transcorreu tranquilamente. A doula da paciente a acompanhou em todos os momentos, banho, analgesia, bola, banqueta... A paciente era profissional da área da saúde e sua primeira filha nascera há quase dez anos, por cesariana programada. Desta vez o casal optou por viver a experiência do parto vaginal, e que experiência, quantos momentos de companheirismo e ressignificação.

Já em trabalho de parto adiantado, o casal foi encaminhado para a suíte PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério). Em determinado momento, em meio à correria do plantão, conseguíamos um tempinho para ir lá e dar apoio ao casal. Ora eu, ora nosso outro amigo, mas eles tinham certeza de que estávamos ali, vibrando pelo melhor resultado.

Em uma dessas visitas rápidas, a obstetra do casal já se encontrava paramentada para a assistência ao parto, com as luvas calçadas, o momento estava próximo, o bebê corouara. Por alguma razão, intuída de alguma forma, sem falar com ninguém, simplesmente peguei o sonar e posicionei para ouvirmos o coraçãozinho daquele pequeno que estava prestes a nascer, provavelmente uma das últimas vezes que ouviríamos intra útero, se não fosse a última. Para espanto de todos, o som ouvido não era o que esperávamos, aquele ser que antes batera seu coraçãozinho tão forte estava com frequência cardíaca bem abaixo do normal. Constatado evidente sofrimento fetal. A obstetra do casal me entreolhou e eu me prontifiquei a auxiliá-la no fórceps para ultimar aquele parto com brevidade. Imediatamente o pai entendeu tudo que se passava, afinal, essa era sua área de atuação e os pensamentos de todos trabalhavam em harmonia.

De forma súbita, o pai realizou a manobra de Kristeller e aquele bebê veio ao mundo. Nasceu muito grave e eu prestei o primeiro atendimento de suporte de vida, enquanto o pediatra se aproximava da cena. Logo o neonatologista assumiu a reanimação.

Aquele pequeno permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva por mais de dez dias, aquela família teve sua rotina revirada. Moravam em outro município e todos os dias estavam ali, na porta da UTI, à espera da visita de seu filho e do boletim médico.

Hoje esse menino cresceu e graças a uma força divina e a todo cuidado empenhado naquele parto, segue sua evolução natural, sem sequelas.

CENA 4

Aquele fim de semana tranquilo, vivido em família, seria findado com 4 horas de plantão para ajudar um amigo. Isso mesmo, apenas quatro horinhas, esse período, em algumas instituições, já é extraoficialmente chamado de “plantão Cinderela”, onde é colocado um médico a mais para trabalhar no período mais movimentado do plantão noturno.

Naquela situação específica, o plantão diurno é composto por três médicos ginecologistas obstetras e o noturno inicia com três e continua com dois a partir das 23h, ou 24h, a depender da demanda do dia. Por isso o nome Cinderela, o plantonista chega, ou continua o plantão a partir das 19h e cumpre as primeiras horas em parceria com os outros dois médicos que seguirão de plantão até às 7 horas da manhã. Assim, dois médicos fazem 12 horas noturnas de plantão e o terceiro cumpre suas atividades nas primeiras horas daquele turno.

Lá estava eu, a Cinderela do domingo à noite. Assumimos o plantão, uma colega continuara suas atividades do dia, sim, ela estava ali para cumprir 24 horas, enquanto outro colega também chegara às 19 horas, assim como eu, mas ele passaria a noite completa no plantão.

Ao recebermos as informações do plantão diurno, com todas as demandas e pendências do Pronto Socorro Obstétrico e das enfermarias e trabalhos de parto em curso, um caso chamou a atenção de todos. Paciente jovem, 17 anos, em trabalho de parto, tudo dentro da normalidade, não fosse o conflito social que ocorreu no período da tarde.

Não presenciei, mas sem sequer ser questionada sobre o assunto, a própria paciente relatou o ocorrido.

Como de costume, em toda troca de plantão, ao assumir minhas atividades, me apresento às pacientes que seguirão aos meus cuidados no período em que eu estiver de plantão. Assim foi feito, lembro como se fosse hoje, a paciente em franco trabalho de parto, logo que me viu, me pediu desculpa por tudo que havia ocorrido com sua mãe no período da tarde, disse que eu não estava lá de tarde, mas que ela queria explicar que a gente não tinha de fazer o que a mãe dela tinha mandado. Expliquei que estávamos ali para conduzir seu trabalho de parto da melhor forma possível, que tudo que qualquer um de nós fizéssemos iríamos explicar e que ela podia tirar todas as suas dúvidas. Me coloquei à disposição para ouvi-la, se ela quisesse conversar

sobre o acontecido, mas que ela não deveria carregar qualquer culpa sobre possíveis conflitos que teriam ocorrido mais cedo.

A paciente sorriu lacrimejando, me dizendo que era culpada por estar grávida e por ter estudado durante a gravidez e ter optado por viver o parto normal. Aquela mulher me explicou um pouco de tudo que vivera ao longo da gestação, em fase ativa de trabalho de parto, em meio à dor e todo processo que ela estava passando.

Começou se dizendo culpada por ter mantido a gravidez, fora estimulada por sua família a interromper a gravidez assim que soubera. Jovem ainda, não planejou aquela situação, sonhava em ser mãe em sua vida adulta, estabilizada e formada na faculdade, como ela contou. Por outro lado, em momento algum considerou a possibilidade de praticar um aborto provocado e, contra a vontade de seus familiares e do pai da criança, manteve a gestação. Seu namorado a abandonou ao saber que ela seguiria com a gestação, alegando não poder “estragar sua vida” por causa de uma criança.

Recebeu assistência pré-natal integral pelo convênio médico, pois era dependente de seus pais. Passou pelo processo de rejeição familiar, se reinventou, manteve seus estudos, estava focada em ingressar na graduação. Relatou que o comportamento de sua família se perpetuou hostil por todo processo de pré-natal, mas ela se manteve firme.

Naquela madrugada, de sábado para domingo, começou a sentir dores, mas não acordou seus pais, com receio da recusa que receberia. Quando sua mãe acordou no domingo, ela estava na cozinha, se alimentando, não havia dormido, por conta das dores, mas tentou se mostrar firme para sua mãe. Esta, por sua vez, muito vaidosa, criticou as olheiras de sua filha e mais uma vez disse a ela: "Foi você quem procurou por isso, estava com a vida toda certa, podia ter acabado com isso logo no começo, agora fica aí, com essa cara de sofrida. Você acabou com sua vida."

Aquela moça estava habituada a receber essas críticas, desde que descobriu a gravidez o comportamento de seus familiares mudou por completo. Perto da hora do almoço, as dores aumentaram e ela se manteve firme, pois não queria atrapalhar o almoço em família.

Ainda no início da tarde, a paciente avisou seus familiares que estava com quadro de dor progressiva e que os intervalos das contrações já estavam em 4 minutos. A paciente buscou bastante informações em artigos científicos ao longo da

gravidez e, apesar de não haver contratualizado a disponibilidade obstétrica com seu pré-natalista, aproveitava todas as oportunidades de consulta para ter suas dúvidas esclarecidas.

Seus pais a levaram ao Pronto Socorro Obstétrico, sua mãe, muito elegante, a acompanhou na consulta médica e, após indicação de internação, exigiu que fosse realizada cesárea, pois entendia que o parto normal estragaria sua filha. A colega do plantão diurno perguntou à paciente se essa era sua vontade e a gestante foi clara ao expor sua vontade pelo parto normal.

Por ser menor de idade, a paciente explicou que tudo isso já estava conversado com seu pai e que ele assinaria como testemunha o termo de consentimento e tudo que se fizesse necessário.

As dores iam se intensificando enquanto a paciente relatava os fatos. O exame físico já havia sido feito por mim, logo quando assumi o caso e a ausculta do batimento cardíaco fetal também estava sendo realizada. Um colega do plantão noturno entrou na suíte de parto normal, para saber se estava tudo bem. Sim, estava, aquela paciente estava sendo acolhida e seu trabalho de parto estava seguindo mais leve. Me dispus a ir fazer outra atividade no plantão, mas os dois plantonistas me disseram para permanecer ali e chamar, caso fosse necessário.

A paciente se mostrava cada vez mais confiante no processo que estava vivendo. Ali, entre uma contração e outra, entre uma força e outra, seguiu relatando seu processo. Foi internada com quatro centímetros de dilatação, em início de fase ativa de trabalho de parto, com contrações ritmadas, bolsa íntegra, líquido claro. Avaliação de vitalidade fetal excelente. Tudo bem para evoluir o trabalho de parto. Conduzida à suíte de parto normal, seguiu acompanhada de sua mãe, por decisão da própria acompanhante.

Durante a evolução do trabalho de parto, a paciente contou que ouviu calada todas as vezes que sua mãe disse que ela não era mulher suficiente para aguentar o trabalho de parto, que ela não conseguiria mais homem depois de ter passado por aquilo, ou ainda que ela tinha estragado sua vida por ter escolhido colocar aquele bastardo no mundo. Porém, no meio da tarde, uma plantonista, ao entrar no quarto para avaliar a paciente, ouviu as ofensas e não conseguiu se calar. Pediu que a acompanhante saísse um pouco para que pudessem conversar e antes de sair, com a paciente e a enfermagem no quarto, perguntou à paciente se havia alguém que ela

preferisse que a acompanhasse naquele momento.

A paciente apontou que sua vontade era ser acompanhada pela “Tia Cida” que seu pai sabia de sua vontade e que ele a havia orientado a tentar ficar com sua mãe para não causar desconforto à matriarca da família. Do quarto mesmo, o pai da paciente foi acionado para falar com sua filha e tentar atender seu pedido. A mãe da paciente gritava no corredor dizendo que estava sendo impedida de estar com sua filha, a médica então saiu e pediu que outro médico plantonista e que a enfermeira do setor a acompanhasse naquela conversa.

A paciente não soube relatar o que foi dito, apenas explicou que sua mãe mandou uma mensagem em seu celular dizendo que a médica a ofendeu, dizendo que ela não servia para ser mãe.

Na passagem de plantão a colega do dia havia contado em detalhes a conversa que tinha tido com aquela mãe, explicando que a paciente precisava de seu apoio e incentivo. Explicou sobre o papel do acompanhante no trabalho de parto, sobre a importância do encorajamento e da valorização da mulher naquele processo. A mãe da paciente insistia em dizer que sua filha “não era mulher para aquilo” e saiu do hospital acompanhada de seu marido.

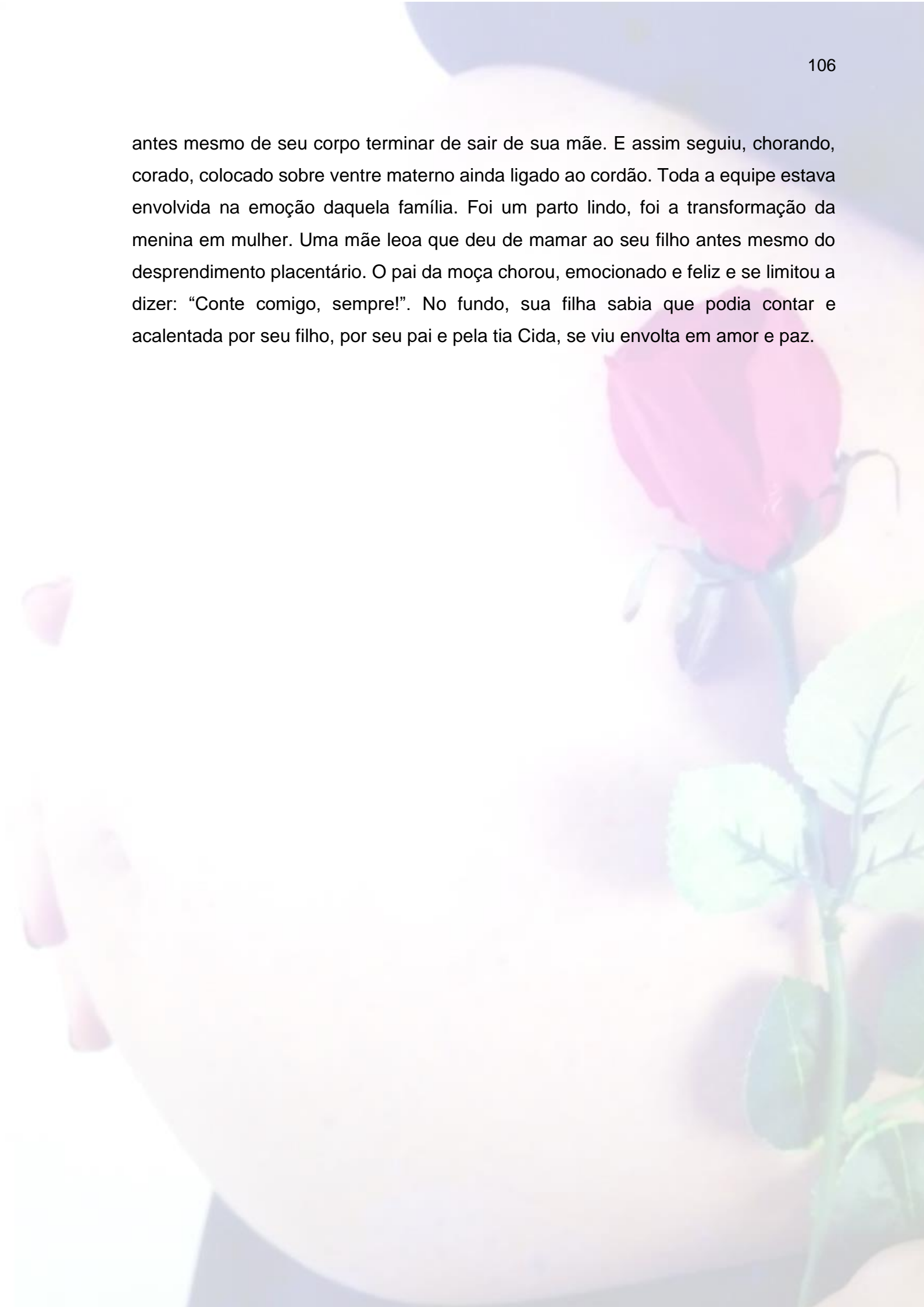
A paciente se acalmou ao relatar o acontecido e seu trabalho de parto seguiu de forma tranquila. A sua acompanhante, a tia Cida, já tinha vivido o trabalho de parto e encorajava a paciente em todos os momentos. A tia Cida era funcionária da casa de seus pais e contribuía com a criação daquela menina que virou mãe jovem.

Eis que chega a dilatação total. Não sabemos como, com quais conflitos gerados, mas o pai da paciente se encontrava na sala de espera, ansioso por notícias, conversava com a tia Cida por mensagem de celular. Surpreendentemente, a paciente pediu autorização da entrada de seu pai naquele momento. Autorizamos e a tia Cida já se preparava para sair da suíte de parto.

A equipe se entreolhou e o consentimento foi unânime. Decidido no calor da emoção, talvez desrespeitando os protocolos da instituição, a tia Cida foi orientada a permanecer em sala de parto e o pai da paciente entrou, se posicionou exatamente ao lado de sua filha e de mãos dadas a ela a incentivou no período expulsivo do parto. A tia Cida também estava lá e explicou que assim que nascesse a dor praticamente acabaria.

Assim se fez, aquela mulher deu à luz a um menino lindo e ativo, que berrou

antes mesmo de seu corpo terminar de sair de sua mãe. E assim seguiu, chorando, corado, colocado sobre ventre materno ainda ligado ao cordão. Toda a equipe estava envolvida na emoção daquela família. Foi um parto lindo, foi a transformação da menina em mulher. Uma mãe leoa que deu de mamar ao seu filho antes mesmo do desprendimento placentário. O pai da moça chorou, emocionado e feliz e se limitou a dizer: “Conte comigo, sempre!”. No fundo, sua filha sabia que podia contar e acalentada por seu filho, por seu pai e pela tia Cida, se viu envolta em amor e paz.



CENA 5

Durante a minha formação acadêmica, tive a oportunidade de atuar como voluntária em uma instituição hospitalar da cidade onde estudei. Quantos aprendizados. Era um mix de trabalho exaustivo e ao mesmo tempo prazeroso. Ali vivi momentos intensos. Por não ter parentes na área da saúde, essa foi uma forma de me introduzir no meio médico. A graduação em medicina ocorre em um período de seis anos. Na minha época tínhamos uma grade curricular com aulas de segunda a sexta-feira, período integral (das 8:00 até 12:00h e das 14:00 às 18:00), além das aulas de sábado pela manhã, das 8:00 até 12:00h.

Ao longo de toda a faculdade eu trabalhei como garçoneiro em Buffets, com eventos infantis e adultos. Passei por situações constrangedoras, a que mais me marcou foi de um professor que disse à esposa que não me desse atenção, pois eu não seria ninguém importante e estava a envergonhar a classe médica trabalhando à noite. Ele sequer sabia quem eu era, desconhecia minha história de vida, minha família, apenas julgou, sem que fosse capaz de ter aquela atitude em benefício de um terceiro. Aquele pré-conceito me fez refletir e chegar à conclusão de que eu não precisava provar qualquer coisa a ele ou a ninguém.

Com essas vivências, tinha a consciência de que talvez eu precisasse me esforçar mais que outros colegas, por outro lado, esse esforço me fortalecia. Iniciei as atividades voluntárias no hospital já no segundo ano de faculdade, participei de atividades na pediatria, na cirurgia geral, urgência e emergência e, por fim, na obstetrícia. Aprendi muito ao longo dos anos. Hoje percebo que como mulher, sem qualquer grau de parentesco ou indicação, eu me formei como pessoa e como profissional.

Nos dois últimos anos da graduação atuamos no regime de internato, com aulas e práticas hospitalares em diversas áreas, isso qualifica o estudante de medicina a se tornar médico quando formado. Mesmo com a maioria dos estágios já dispondo de plantões noturnos para os alunos, além da grade semanal diurna de atividades, me organizei para conseguir manter as atividades voluntárias nas áreas que atuava. Por não ter convivência prévia com profissionais, precisava literalmente conhecer as atividades das cadeiras-chaves para ter ideia de qual área da medicina iria escolher.

Pois é, após os seis anos de graduação e já formado em medicina, o médico escolhe sua área de especialidade e presta provas para concorrer a vaga na atividade pretendida. Assim se fez, graduei em medicina em 2005, nos últimos meses, ainda em dúvida entre duas áreas, um amigo de sala que também era conhecido como “rato de hospital”, porque também vivia a experiência de fazer atividades além da carga horária da faculdade que já era exaustiva, num corredor de centro cirúrgico me fez perceber que eu já escolhera a Obstetrícia como especialidade médica. Como ele disse, enquanto ele estava envolvido nos atendimentos a pacientes politraumatizados, eu que já tinha passado a noite de plantão na maternidade, estava ali no sábado de manhã entrando como auxiliar de cirurgias em intervenções ginecológicas.

A ginecologia e obstetrícia se completam, por isso são associadas também na especialização médica. Assim sendo, realizei residência médica, num período de três anos, em hospital de referência da cidade de São Paulo e, já com a minha especialização concluída, voltei para a minha região. Médica, com título de especialista, trabalhando concursada em um vínculo municipal e outro estadual, realizava plantões em algumas maternidades da região, tamanha foi a minha surpresa ao ser convidada a ingressar como plantonista contratada daquela maternidade onde atuei como voluntária na minha graduação.

Assumi a missão dada, iniciei como plantonista aos finais de semana, cumpria minha carga horária regular e quando algum colega precisava se afastar por qualquer razão, sempre que podia me prontificava a cooperar com a cobertura do plantão.

Era uma segunda-feira, dia de jogo da copa do mundo, já fim de tarde, quando a secretária da maternidade me ligou pedindo ajuda, pois o colega do plantão noturno avisara há pouco que não iria poder trabalhar e entregara um atestado odontológico. Lembro como se fosse hoje, eu estava com minha filha no shopping da cidade em que morava, era dia de jogo e eu já havia encerrado minhas atividades de trabalho. Minha filha tinha quatro anos, já morávamos só eu e ela, meus pais moravam a duas horas de distância na época e era minha mãe quem cuidava da minha filha para que eu pudesse trabalhar nos plantões noturnos.

Aquele pedido de ajuda me paralisou, afinal, me sentia na responsabilidade de colaborar, já que eu não tinha atividade profissional naquela noite. Assim aconteceu, expliquei que precisava me organizar e levar minha filha para a casa dos meus pais,

parei o que estava fazendo e como eu estava já segui em destino a deixar minha pequena para então poder ir para o hospital.

O plantão naquela instituição contava com dois médicos, além de todo corpo de enfermagem e demais profissionais. Para meu espanto, o colega que estaria de plantão naquela noite chegou falando alto, apesar de conhecê-lo há alguns anos, nunca havíamos trabalhado juntos.

“Bora limpar o plantão porque hoje tem jogo e depois eu quero dormir!” Essa foi a primeira frase que ouvi dele. Da forma mais educada possível respondi com um singelo boa noite. Eu já havia cumprimentado a equipe de enfermagem e todas já me conheciam. Uma das enfermeiras respondeu a ele que ele poderia descansar, pois eu adorava conduzir trabalho de parto e não me importaria de passar a madrugada com elas e com as pacientes.

Naquele momento, nenhuma das pacientes internadas em trabalho de parto tinham indicação de cesariana e seguimos conduzindo as parturientes. Com o passar das horas os partos foram ocorrendo. No pré-parto, uma paciente solicitou mudar de posição. Naquela época não havia ali espaço físico que possibilitasse grande mobilidade, o pré parto ainda era coletivo, separados por biombos. Eu e a enfermeira orientamos a paciente sobre as diversas posições possíveis e ela, após experimentar algumas, escolheu seguir na posição de quatro apoios.

Tínhamos uma equipe praticamente feminina, não fosse o outro médico, a paciente estava à vontade em seu leito e sua privacidade estava salvaguardada por biombos. Longe do cenário ideal, mas na melhor opção que aquela unidade hospitalar ofertava àquela época. Para surpresa de todos, paciente, acompanhante e equipe assistencial, aquele médico, sem ser sequer solicitado, afastou o biombo e disse: “E aí pai, já perdeu o primeiro tempo!” “Larga elas aí que isso aí vai longe” “Devia ter feito cesárea quando eu ofereci.” O parceiro da paciente foi educado e se limitou a responder que já tinha a médica assistindo sua esposa. Eu não me contive e chamei o colega fora daquele cenário para conversar. Questionei se ele tinha alguma crítica técnica sobre a minha conduta. O médico riu e disse que parecia que eu estava fazendo parto de uma vaca. Entendi que não tinha condições de conversar de forma séria com um homem que desempenha condutas tão absurdas. Me aborreci bastante em trabalhar com aquele profissional naquele plantão. A equipe de enfermagem que,

pasmem, até hoje gosta de trabalhar com ele, pediu que eu relevasse, pois era o jeito dele. “Dra., amamos trabalhar com a Sra., tem paciência com ele, ele é desse jeito ogro, mas é boa gente!”

Aquele parto seguiu aos meus cuidados, aquela mulher pariu lindamente de quatro apoios, primigesta, sem laceração perineal. Qual crítica pode ter uma posição materna que é manobra de resgate em partos difíceis, com distocia de ombro? Não houve qualquer intercorrência naquele nascimento. Aquela foi a posição escolhida pela parturiente e respeitada pela equipe. Por coincidência, aquela família morava na mesma cidade em que eu morava à época, e mantemos contato até os dias atuais.

Apesar das atitudes daquele profissional terem sido relevadas por aquela família e de serem aceitas nas maternidades em que ele trabalha até hoje, faz-se imperioso apontar que atitudes de desrespeito à mulher parturiente não merecem ser entendidas como normais e não podem ser corriqueiras.