



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

CLEIDE APARECIDA DE FREITAS

**DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE NO CONTEXTO DO CUIDADO
OBSTÉTRICO**

Caruaru - PE

2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

CLEIDE APARECIDA DE FREITAS

**DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE NO CONTEXTO DO CUIDADO
OBSTÉTRICO**

Dissertação de mestrado apresentada no dia 12 de maio de 2022, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília pelo Mestrado Interinstitucional (MINTER) com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Centro Acadêmico do Agreste/Núcleo Ciências da Vida, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Bioética,

Orientadora: Profa. Dra. Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira

Caruaru - PE

2022

CLEIDE APARECIDA DE FREITAS

**DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE NO CONTEXTO DO CUIDADO
OBSTÉTRICO**

Dissertação de mestrado apresentada no dia 12 de maio ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília pelo Mestrado Interinstitucional (MINTER) com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Centro Acadêmico do Agreste/Núcleo Ciências da Vida, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Bioética

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Aline Albuquerque – Presidente
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Volnei Garrafa
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Debora Farias Batista Leite
UFPE – *Campus Recife*

Profa. Dra. Rosane Freire Lacerda – Suplente
UFPE – *Campus Caruaru*

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl. G. Jung.

“Para mudar o mundo, é necessário mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por conceder mais um crescimento na minha caminhada. Agradeço aos professores Saulo Feitosa e Volnei Garrafa por permitir o MINTER UFPE/UNB, sem o qual não teria condições de fazer esse mestrado, rico em conhecimento. Agradeço a prof. Volnei por sua imensa dedicação e compromisso com o ensino, marcou a vida de nós caruaruenses. Agradeço a minha orientadora a profa. Aline Albuquerque por sua disponibilidade, paciência e grande conhecimento, com quem aprendi bastante. Sua dedicação ao ensino é exemplo para todos nós. Agradeço a profa. Debora Farias e Rosane Lacerda por aceitarem participar desse momento e pelas contribuições pela melhora da qualidade da dissertação. Agradeço com muito amor e carinho a minha família, que compartilham cada instante da minha vida com toda intensidade, especialmente meus filhos Gustavo, Giovanna e Guilherme, fiéis companheiros e participantes ativos.

RESUMO

Os Direitos Humanos dos Pacientes (DHP), abordados aqui como direitos das gestantes, configuram uma proteção para situações de maus-tratos, tratando-se, portanto, de uma temática fundamental para reflexões a respeito das mulheres que passam pelo período de grande vulnerabilidade caracterizado pelo pré-natal, parto e pós-parto, no qual elas se encontram suscetíveis a variadas formas de violência. Tais eventos podem caracterizar violência contra a mulher gestante, tema atual bastante discutido em âmbitos nacional e internacional, especialmente tendo em vista relatos de abusos sofridos por essa população. A gestante necessita de uma informação clara e objetiva que deve ser fornecida durante o pré-natal. A dignidade humana consiste na capacidade de fazer escolhas livres, centradas na autonomia individual e com direito a um cuidado assistencial baseado na tomada de decisão e nas evidências atualizadas, permitindo, no caso da gestante, um parto digno, respeitoso e seguro. Neste estudo, procura-se chamar a atenção para a importância do conhecimento e da divulgação dos direitos das pacientes gestantes para a sociedade e para todos os envolvidos nos cuidados obstétricos, tendo como propósito uma maior observância desses meios, evitando situações indesejadas e desfechos negativos para o binômio materno-fetal. Para isso, toma-se como base a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que dispõe sobre a autonomia dos indivíduos, sendo estes responsáveis por suas decisões, respeitando-se também a autonomia dos demais envolvidos. A declaração dispõe sobre o consentimento prévio, livre e esclarecido para a realização de qualquer intervenção, o que torna necessária a informação adequada para a decisão de tais procedimentos, sendo o pré-natal o momento mais propício para o diálogo entre a gestante e o profissional de saúde. A intersecção com os DHP permite um olhar com dignidade e cuidado para a gestante; possibilita uma maior visibilidade das violações dos seus direitos e propõe mudanças nos cuidados prestados; mostra a grande importância de uma relação de mutualidade entre os profissionais de saúde e a gestante; e permite uma abordagem centrada na gestante e em sua autonomia durante o processo de parturição, com a garantia de companhia de uma pessoa de sua confiança. Faz-se necessário também o fortalecimento da interação entre o profissional pré-natalista e o que será responsável pelos cuidados prestados durante o parto. Esta dissertação propõe que a prevenção da violência sofrida pela gestante envolva a aplicabilidade dos DHP através da informação com conscientização da gestante e de todos os envolvidos. O Brasil não dispõe de lei específica para a violência sofrida pela gestante, mas dispõe de legislação que visa garantir uma assistência perinatal que resguarda os DHP. Procura-se divulgar esses direitos na sociedade e especialmente para as gestantes e profissionais que prestam os cuidados durante esse período, permitindo a familiarização com esses conceitos e incentivando os gestores e parlamentares para permitir a aplicação dos direitos das gestantes neste momento ímpar de suas vidas, de modo a contribuir para o melhor resultado materno-fetal.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Direitos Humanos; Relações Médico-Paciente; Violência Obstétrica.

ABSTRACT

HUMAN RIGHTS OF THE PATIENT IN THE CONTEXT OF OBSTETRIC CARE

The Human Rights of Patients (HRP), addressed here as rights of pregnant women, constitute a protection for situations of abuse, as women become susceptible to various forms of violence when going through this period of higher vulnerability, characterized by prenatal care, childbirth and postpartum. These events can characterize violence against pregnant women, a current topic widely discussed nationally and internationally, especially since abuse suffered by this population is being reported. The pregnant woman needs clear and objective information that must be provided during prenatal care. Human dignity consists in the capacity of making free choices, centered on the individual autonomy and on the right to assistance based in decision-making and up-to-date evidence, allowing, in the case of pregnant women, a dignified, respectful, and safe delivery. This study seeks to draw attention to the importance of the knowledge and dissemination of pregnant patients' rights, both for society and for all those involved in obstetric care, with the purpose of greater compliance of these means, avoiding unwanted situations and negative outcomes for the maternal-fetal binomial. For this, the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights is taken as a basis, as it argues for the autonomy of individuals, who become responsible for their own decisions, but also respecting the autonomy of the others involved. The declaration speaks up for prior, free, and informed consent to carry out any intervention, making adequate information necessary for the decision of such procedures – that way, prenatal care presents as the most favorable moment for dialogue between the pregnant woman and the professional of health. The intersection with the HRP allows a sight on dignity and care for the pregnant woman, as well as a broad concern on violations of their rights, proposing changes in the assistance provided. It also shows the great importance of a relationship of mutuality between health professionals and pregnant women, facilitating an approach centered on the pregnant woman and her autonomy during the parturition process, with the guarantee of the company of an individual she trusts. This is necessary to strengthen the interaction between the prenatal professional and the one who will be responsible for the care provided during childbirth. This dissertation proposes the prevention of violence suffered by pregnant women involves the application of HRP through information and awareness of the pregnant woman and all those involved. Brazil does not have a specific legislation for violence suffered by pregnant women, but it does rule towards a perinatal care that protects and guarantees HRP. It's sought to disseminate these rights in society, especially for pregnant women and professionals who provide care during this period, allowing acquaintance on these concepts as well as encouraging managers and parliamentarians to develop new ways to applicate pregnant women rights at this unique moment in their lives, contributing to the best maternal-fetal outcome.

KEYWORDS: Bioethics; Human Rights; Physician-Patient Relations; Obstetric Violence.

ABREVIATURAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CCP	Cuidado Centrado no Paciente
CEDAW	Comitê das Nações Unidas para Eliminação da Discriminação
DUBDH	Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos
DHP	Direitos Humanos dos Pacientes
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MedLine	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa de Saúde da Família
Rehuna	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RN	recém-nascido
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TDC	Tomada de Decisão Compartilhada
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

Introdução	7
Capítulo 1. Modelos de Relação médico-paciente e o cuidado obstétrico	16
1.1 Relação médico-paciente e modelos existentes	16
1.2 Modelo da relação médico-paciente predominante no cuidado obstétrico	21
1.3 Plano de parto	23
Capítulo 2. Interfaces entre violência obstétrica e parto digno e respeitoso	27
2.1 Conceito de violência obstétrica	27
2.2 Problematização do conceito de violência obstétrica	29
2.3 Posicionamento da OMS sobre violência obstétrica	34
2.4 Posicionamento do Ministério da Saúde sobre violência obstétrica	35
2.5 Posicionamento do CFM e das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia	36
2.6 Delineamento conceitual de parto digno e respeitoso	38
2.7 Violência Obstétrica, Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes .	43.
Capítulo 3. Análise dos Direitos Humanos das Pacientes no contexto do cuidado obstétrico	46
3.1 Direitos Humanos dos Pacientes e sua aplicabilidade no cuidado obstétrico	46
3.2 Princípio do cuidado centrado na gestante e prevenção da violência obstétrica	48
3.2.1 <i>Princípio da Autonomia Relacional</i>	51
3.2.2 <i>Princípio da Responsabilidade do Paciente</i>	52
3.2.3 <i>Direito à vida</i>	53
3.2.4 <i>Direito ao cuidado obstétrico seguro</i>	54
3.2.5 <i>Direito aos cuidados de emergência ou urgência</i>	55
3.2.6 <i>Direito a não ser discriminada</i>	56
3.2.7 <i>Direito à privacidade</i>	56
3.2.8 <i>Direito ao consentimento informado</i>	57
3.3 Direito à tomada de decisão compartilhada	57
3.3.1 <i>Direito à confidencialidade das informações pessoais</i>	60
3.3.2 <i>Direito a acompanhante de sua preferência</i>	60
3.3.3 <i>Direito à liberdade</i>	61
3.3.4 <i>Direito à informação</i>	61
Considerações Finais	63
Referências Bibliográficas	68

INTRODUÇÃO

As situações de maus-tratos, abusos e desrespeitos durante o pré-natal, parto e puerpério são vivenciadas em todo o mundo há vários anos, sendo essas situações consideradas como “violência obstétrica” desde 2010, quando o termo foi cunhado pelo Dr. Rogelio Pérez D’Gregório, presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia da Venezuela. A expressão foi incorporada por movimentos sociais em prol do enfrentamento e da diminuição desses maus-tratos. Tal violência envolve condutas praticadas por todos os prestadores de serviços da área de saúde durante o período do pré-natal, do parto e do puerpério (1). Cabe registrar que a expressão “violência obstétrica” é permeada por dissensos, notadamente quanto à alegação de que não deve ser empregada de modo a estigmatizar profissionais de saúde e apartá-los das pacientes (2). Determinados países enquadram a violência obstétrica no contexto da violência de gênero e contra a mulher, enfatizando a posição desigual das mulheres grávidas nos sistemas de saúde (3). A Venezuela foi o país pioneiro na América Latina a disciplinar a violência obstétrica em lei, sendo seguido por Argentina e México, salientando que a Argentina foi o primeiro país da América Latina, em 2004, através da Lei 25.929, a legalizar o parto humanizado. O Brasil não conta com uma lei nacional específica, mas apresenta legislações estaduais, como, por exemplo, no estado de Pernambuco, a Lei 17.226, de 22 de abril de 2021, que tem por objeto a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e a divulgação de boas práticas para atenção à gravidez, parto, ainda que seja de natimorto, nascimento, abortamento e puerpério. Também se destaca que o Estado brasileiro assumiu, perante a comunidade internacional, compromissos relacionados à proteção da saúde materna e enfrentamento de todas as formas de discriminação contra a mulher, enquanto parte na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1979 (3).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou os abusos e maus-tratos em face da mulher no contexto dos cuidados obstétricos como uma questão de saúde pública, e que toda mulher possui direito ao cuidado materno seguro e respeitoso (4). Assim, qualquer ação que seja desrespeitosa, abusiva e envolva maus-tratos contra gestantes constitui-se em uma prática em

desacordo com os seus direitos humanos (5). Desse modo, para garantir os direitos das pacientes no contexto dos cuidados obstétricos, faz-se necessária a disseminação de tais direitos, que devem ser transmitidos sob a forma educativa, mediante orientações durante o pré-natal, por profissionais envolvidos nos cuidados. Ressalta-se que essa informação é essencial para a diminuição das situações de desrespeito e maus-tratos, bem como das taxas de intervenções desnecessárias (5). A ação de prevenção envolve a formação educacional e a capacitação dos responsáveis pelos cuidados, conscientização das gestantes e acompanhantes, bem como a elaboração de leis e políticas públicas, entre outras ações (5). O cuidado materno respeitoso requer mais do que a eliminação dos maus-tratos, isto é, pressupõe que seja provido a todas as mulheres de uma maneira que mantenha sua dignidade, privacidade e outros direitos humanos, permitindo a escolha informada e o apoio contínuo durante o trabalho de parto (6).

Ao considerar o trabalho de parto e o parto, nota-se que o modelo de cuidado restrito à relação entre o obstetra e a gestante tornou-se obsoleto, sendo necessário o enfoque multiprofissional. Nesse sentido, a relação centrada no médico, como único responsável pela tomada de decisão tornou-se inapropriada (7,8). Desse modo, esta dissertação parte do pressuposto de que deve existir uma parceria entre os profissionais, pacientes e familiares, a fim de garantir que a decisão seja compartilhada e compatível com as melhores evidências científicas. Assim, o cuidado deve ser centrado na gestante, ou seja, envolver: dignidade e respeito; compartilhamento de informação; participação e colaboração (9), sendo a centralidade da paciente condição inevitável para que se tenha um cuidado obstétrico respeitoso.

Como exemplo de cuidado obstétrico que se mostra respeitoso, o Reino Unido apresenta um sistema de saúde com baixos índices de violência obstétrica, caracterizado por cuidados prestados às mulheres por profissionais de saúde, inclusive não médicos (10). Esses profissionais têm como conduta padronizada buscar informar a gestante de forma ampla sobre o período de gestação, parto e cuidados no puerpério imediato, incluindo a percepção da parturição como processo fisiológico. Esse modelo de cuidado obstétrico baseado em *midwives*, proporciona confiança e segurança em um período de grande vulnerabilidade (10). Encontra-se nesse modelo um relacionamento com

respeito e dignidade, baseado no maior contato entre o profissional de saúde e a gestante, com a participação da enfermeira com características específicas e do médico com habilidade suficiente para atuar nos momentos de partos difíceis, ditos distócicos (10). Destaca-se a Espanha, onde o parto é visto como um processo fisiológico, com atenção personalizada e integral baseada em evidências e respeito ao protagonismo, direito à informação e tomada de decisão compartilhada, tendo sido um Projeto de Lei de junho de 2021, que propunha reconhecer tais direitos, incorporado à lei de reforma do aborto, levando à caracterização da violência contra a gestante como crime (11).

Ademais, cabe assinalar a recomendação no sentido de que o parto deva ser realizado em ambiente de maternidade, pois existe um momento áureo, ou seja, aquele minuto em que a intervenção pode evitar uma morte materna ou uma paralisia cerebral no feto, e muitas vezes esse cuidado não pode ser realizado em ambiente domiciliar (2). Todo parto deve ser encarado de forma individualizada e considerado fisiológico, não havendo necessidade de intervenções, apenas quando apresenta complicações (10). Nesse sentido, assume-se que o pré-natal caracteriza-se como o melhor momento para informar a gestante, melhorando sua compreensão sobre sua condição de saúde. Esse momento com o profissional constitui-se em uma janela de oportunidade (12), sendo muitas vezes o primeiro momento da mulher em um serviço de saúde, abrindo um leque de oportunidades para informações diversas sobre seus cuidados (12).

Nos últimos 30 anos, constata-se uma crescente conscientização dos profissionais de saúde quanto à sua obrigação de respeitar as escolhas das pacientes, sendo verificado que tal postura deu-se, inicialmente, com pacientes crônicos e em cuidados paliativos que tinham o direito de fazer escolhas de tratamentos menos agressivos (13). Em relação às gestantes, os profissionais envolvidos com os cuidados obstétricos estão atuando em maior número em consonância com os direitos das pacientes (14). Essa mudança começou com o movimento de Humanização do Parto, que possibilitou transformar os cuidados obstétricos, tornando o ambiente hospitalar um local mais acolhedor para o nascimento e buscando assegurar um acompanhante de escolha da parturiente (14).

Nesse sentido, o movimento de Humanização do Parto abriu caminho para reflexões éticas acerca da prática dos profissionais de saúde com base nos direitos humanos. Com efeito, a bioética e os direitos humanos compartilham os objetivos de salvaguardar a dignidade humana e os bens éticos básicos. Existe uma relação de complementariedade com o objetivo de proteção (13). Nesse sentido, assinala-se que os direitos humanos estabelecem um parâmetro ético universal de apoio a ser seguido pelos Estados, instituições e por toda a sociedade (13).

A bioética clínica vem expandindo cada vez mais o seu campo de estudo, apresentando como objetivos a reflexão e a prescrição relacionadas com questões éticas originadas de conflitos entre o profissional de saúde e o paciente. O olhar bioético sobre a prática clínica deve considerar o papel do profissional como responsável pela promoção e proteção dos direitos humanos dentro dos cuidados obstétricos. Assim, a bioética lida com o enfrentamento dos dilemas cada vez mais frequentes na vida cotidiana das pessoas e da coletividade (15), no presente caso, o conflito gerado pelas situações de violência no período gestacional. Nota-se que o problema do relacionamento entre o profissional de saúde e a paciente, nos cuidados com a gestante, estão presentes na esfera da bioética, em especial pela vulnerabilidade da mulher em tal situação e por problemas estruturais e éticos presentes nos cuidados prestados a essa modalidade de paciente. A discussão bioética procura o equilíbrio entre esse conflitos, facilitar uma visão holística da gestante, favorecer a absorção do referencial teórico normativo da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) e promover a proteção dos direitos da paciente, procurando incorporá-la às práticas médicas, no nosso caso, os cuidados obstétricos (16). Assim, os direitos humanos podem se constituir como um dos referenciais da bioética, como visto na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que dispõe, por exemplo, sobre o respeito à autonomia dos indivíduos na tomada de decisões, quando eles possam ser responsáveis por suas escolhas, e sobre o respeito à autonomia dos demais indivíduos (17).

Com efeito, os direitos humanos são empregados como instrumentos propulsores de laços comunitários e intersubjetivos, que visam a minorar as situações de precariedade enfrentadas ao longo da vida e a proteger as pessoas contra vulnerabilidades específicas (13). É relevante salientar a escolha dos

direitos humanos como referencial para uma bioética comprometida com os valores éticos das relações de cuidados aos pacientes (13). Além de dotados de caráter universal, os direitos humanos, em sua criação, derivam de um processo democrático de discussão que envolve diferentes grupos de Estados que, a despeito de sua diversidade e graus de desenvolvimento, buscam, a partir de um amplo processo de diálogo, congregar interesses comuns em instrumentos normativos internacionais aplicáveis a todos (13).

Justifica-se a aplicação da bioética baseada nos direitos humanos no contexto dos cuidados obstétricos, por permitir a identificação da violação do direito de parturição de forma digna e respeitosa. O desconhecimento desses direitos favorece a perpetuação de abusos nas relações de cuidados obstétricos (15). Procura-se nesta dissertação difundir uma cultura de cuidados a gestantes em consonância com a bioética e os direitos humanos. Assim, o referencial dos direitos humanos se apresenta como o mais adequado para a proteção dos pacientes, uma vez que promove as responsabilidades do Estado de respeitar, proteger e realizar, partindo de uma visão ampliada de serviços de saúde (13, 15). Além disso, tal paradigma zela pela autonomia, segurança, privacidade e dignidade entre outros direitos, procurando alcançar o bem-estar da gestante e parturiente (18). Nessa perspectiva, procura-se divulgar os direitos das gestantes para facilitar sua tomada de decisão a respeito do parto, em consonância com a equipe responsável pelos cuidados (15).

Igualmente, com base nos direitos humanos, a análise bioética se vale de instrumento apto a examinar ética e juridicamente leis e situações de inadequação de condutas adotadas durante os cuidados prestados à gestante, bem como permite o estabelecimento de pautas éticas compartilhadas (13).

Nesse sentido, estratégias éticas baseadas nos direitos humanos têm o condão de sensibilizar profissionais, concorrendo para a diminuição da violência sofrida pela mulher durante o período de gestação e parto. A educação e conhecimento desses direitos são essenciais para a diminuição dos desfechos negativos para o binômio materno-fetal e concorrem para o enfrentamento da cultura da qual emerge a violência obstétrica (8, 15). Ademais, estudar e disseminar os direitos dessas mulheres que se encontram no período de grande vulnerabilidade contribui para o enfrentamento de práticas violadoras de tais direitos, por conseguinte, da violência vivenciada pela mulher gestante (15).

Muitas mulheres desconhecem seus direitos, durante o pré-natal, parto e pós-parto imediato, o que acarreta a não identificação de situações violadoras (11). Nesse sentido, muitas vezes, as pacientes acreditam que o sofrimento, as palavras ofensivas e o cuidado de forma não comprometida com as boas práticas obstétricas encontram-se dentro da normalidade (5, 11).

A mudança de educação dos graduandos e residentes de Medicina com o cuidado centrado na paciente constitui outra forma de prevenir a violência obstétrica, pois muitos procedimentos arraigados da especialidade podem ser modificados com uma educação crítica e humanista, alicerçada na bioética fundamentada nos direitos humanos (12, 15). Se os estudantes e os residentes que irão prestar como profissionais os cuidados às gestantes e parturientes atuarem a partir de novos conhecimentos fundamentados na ideia de mutualidade entre os profissionais e a gestante, poderão assegurar a participação da paciente no processo de tomada de decisão (18).

Partindo desse quadro, esta dissertação tem como objetivo central desenvolver aportes teóricos fundamentados no referencial bioético dos Direitos Humanos dos Pacientes (DHP) aplicáveis ao contexto dos cuidados obstétricos, particularmente à situação de violência sofrida pela mulher nesse período, de modo a balizar eticamente as condutas dos profissionais de saúde em tal contexto. Apesar do tema “violência obstétrica” ser objeto de estudos no país, este trabalho se apresenta como original na medida em que aplica os direitos humanos, enquanto referencial da Bioética Clínica, ao contexto dos cuidados obstétricos.

Quanto aos aspectos metodológicos, trata-se de pesquisa teórica retirada de bases de dados, além de publicações das sociedades envolvidas com a questão em estudo, políticas de saúde e normatização da OMS dos últimos anos. Tratando-se do marco teórico, esta investigação se fundamenta no referencial teórico-normativo dos DHP, vertente da Bioética Clínica, desenvolvida no programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Desse modo, esta dissertação parte dos estudos dos DHP, sobretudo dos direitos humanos das mulheres grávidas, de modo a construir um diálogo entre o tema de violência vivenciada pela gestante e a bioética. Os DHP, enquanto vertente da Bioética Clínica, encontram-se comprometidos com a proteção de valores éticos, em especial os relacionados a grupos vulneráveis (14). No presente caso,

os DHP incidem sobre o contexto em que se encontra a gestante que necessita de apoio e cuidados necessários no momento de toda a gestação, parto e pós-parto. Ao se adotar os DHP como referencial da Bioética Clínica, tem-se o desiderato de impulsionar o respeito à autonomia e à dignidade humana das gestantes (14).

No que tange à literatura utilizada sobre violência obstétrica, relação médico-paciente, bioética e direitos humanos, a pesquisa compreendeu um levantamento de artigos nas bases bibliográficas eletrônicas, SciELO, PubMed e LILACS, com o uso das palavras-chaves “violência obstétrica”, “relação médico-paciente”, “bioética” e “direitos humanos”, “*obstetric violence*”, “*doctor-patient relationship*”, “*bioethics*”, “*human rights*”, “*relación médico-paciente*”, “*derechos humanos*” e *bioética*” nos últimos 20anos. Encontraram-se 61 escritos sobre violência obstétrica na SciELO, 13 no PubMed e 166 no LILACS, sendo a grande maioria relatos de casos e pesquisas com opinião de profissionais sobre o tema, motivo pelo qual foram excluídos da análise. Sobre tomada de decisão compartilhada, foram encontrados um artigo na SciELO e um no LILACS – resultados restringidos, uma vez que estudos sobre plano de parto não estão incluídos no escopo. Caso optasse-se por sua inclusão, as buscas proveriam 70 resultados na SciELO, três no PubMed e 44 no LILACS, demonstrando a associação do plano de parto como tomada de decisão na literatura. Por fim, quanto à relação médico-paciente, foram obtidos cinco artigos na SciELO, sete no PubMed e 11 no LILACS. No trabalho, descreve-se plano de parto, mostra sua grande importância mas o separa da tomada de decisão.

No que concerne à pesquisa documental, foram utilizados os seguintes textos: proposições da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), como o posicionamento da entidade divulgado em 25 de julho de 2017 sobre o tema da violência obstétrica, e as diretrizes divulgadas em 9 de novembro de 2018 em apoio às boas práticas obstétricas e em defesa do profissional obstetra; diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), como *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*; textos legais como a Lei Nº 11.108/2005, que dispõe sobre o direito ao acompanhante durante ao parto, e a Lei Nº 11.634/2007, que versa sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS; *Caderno do SUS*, como *Diretrizes*

Nacionais de Assistência ao Parto Normal, versão resumida de 2017, e *Diretriz de Atenção à Gestante: operação cesariana* (2016); *Cadernos Humaniza SUS* (2014), *Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério*; *Guia de Orientação para as secretárias estaduais e municipais* (2019) e *Protocolos da Rede Cegonha* (2011). Esses documentos foram escolhidos em razão de versarem sobre boas práticas nos cuidados ao parto de modo a promoverem parto digno e respeitoso para toda parturiente.

A presente dissertação se encontra estruturada da seguinte forma: no primeiro capítulo, aborda-se a relação médico-paciente no contexto sociopolítico, cultural, histórico e atual, descrevendo como o relacionamento entre o obstetra e a gestante acontece. Descreve-se a grande importância da mudança do relacionamento para obtenção dos cuidados com dignidade à mulher durante a gestação, parto e puerpério. No segundo capítulo, conceitua-se violência obstétrica e indicam-se as implicações do termo para a gestante, profissionais envolvidos com os cuidados e representações envolvidas com a saúde da gestante. Procura-se discorrer sobre o tema de modo a demonstrar a relevância da melhor forma de abolir ou minimizar a existência de situações violentas contra a mulher na promoção de um parto com dignidade, segurança e respeito. O terceiro capítulo contextualiza o conhecimento dos direitos humanos das gestantes no período de grande vulnerabilidade destas. Mostra a necessidade de inserção dos direitos nos cuidados prestados à gestante. Ressalta-se que se trata de uma importante divulgação também para os gestores, uma vez que pode levá-los a propiciar um local acolhedor e seguro para as parturientes, favorecendo, assim, a segurança na referência oferecida. A gestante deve saber de seus direitos, conversar com o profissional de saúde sobre esse momento e ter a companhia da pessoa escolhida ao seu lado. Além disso, o profissional deve apresentar disponibilidade para um cuidado seguro e harmonioso.

Assim, esta dissertação parte do pressuposto de que é essencial a divulgação aos pacientes, profissionais de saúde e sociedade em geral dos direitos de toda gestante durante a gestação, parto e pós-parto imediato. Desse modo, esta produção acadêmica tem o condão de ampliar o leque de conhecimentos sobre uma relação horizontal e equânime entre o profissional de saúde e a paciente, permitindo o respeito aos seus direitos na tomada de decisão nos cuidados obstétricos.

Por fim, cabe salientar que assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, fortalece-os, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres (2). Sabe-se que os obstetras almejam uma prática segura, baseada em evidências e com ambiente facilitador para execução de cuidados de qualidade (2).

CAPÍTULO 1 – MODELOS DE RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E O CUIDADO OBSTÉTRICO

1.1 Relação médico-paciente e modelos existentes

A relação médico-paciente consiste no relacionamento entre duas pessoas, com o objetivo de alcançar o bem-estar e a qualidade de vida do paciente. Observa-se que essa relação é condicionada por aspectos sociopolíticos, situação do médico e clima científico-intelectual da época (19).

O relacionamento entre o profissional e o paciente é fundamental para os cuidados com este. Os médicos que passam mais tempo com o paciente reduzem a fragmentação dos cuidados, oferecem um maior resultado no tratamento e evitam a perambulação do mesmo por vários especialistas (19). Na consulta, quando o paciente reconhece que o profissional está escutando sua queixa e dando importância, a confiança já está sendo estabelecida, o que melhora o resultado (20). O paciente tende a valorizar o médico que dedica maior parte do tempo a sua escuta, aceitando-o em sua singularidade, história acumulada e dimensão subjetiva, permitindo o livre discurso (8). “Pacientes ficam satisfeitos ao serem cuidados com atenção e os médicos podem identificar seus problemas com maior precisão resultando em melhor bem-estar para ambos” (20).

Lembramos que a forma através da qual o médico chama a paciente para atendimento repercute na impressão que vai sendo formada no decorrer da consulta. A procura do profissional de saúde pode ser feita por conta de questões curativas ou preventivas, dependendo do relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde para prevenção das doenças, melhor qualidade de vida com alimentação mais equilibrada e prática de atividade física. As atitudes médicas contribuem para um bom relacionamento, que deve ser adequado para evitar traumas, permitindo um ato médico que auxiliará na resolução da problemática existente (21).

No antigo Egito (cerca de 4000-1000 a.C.), havia uma relação de submissão, pois o médico era visto como um curandeiro, sacerdote ou mágico, comportando-se como parte integral e determinante do cuidado. A falta de

conhecimento técnico e as circunstâncias sociais dificultavam esse relacionamento (22).

Durante a Grécia Antiga (600-100 a.C.), observa-se nessa fase um maior interesse na vida das pessoas e suas necessidades, surgindo o Juramento de Hipócrates. Identifica-se um maior grau de humanismo, dando-se ênfase às necessidades, bem-estar e interesse das pessoas (19).

Após o fim do Império Romano, na Europa Medieval (1200 a 1600 d.C.), grande valor era concedido ao mundo religioso e sobrenatural, sendo o médico visto como detentor de poder e de magia, em posição gloriosa, estando o paciente como indefeso e passivo. O médico tinha uma posição dominante (23).

Observa-se, durante a Revolução Francesa (final do século XVIII), uma mudança na relação médico-paciente, passando para um relacionamento com maior nível de cooperação (19).

Ao relacionar o passado com os dias atuais, nota-se que existia um número reduzido de médicos, com conhecimentos limitados, baseados apenas em sintomas clínicos e com uma propedêutica escassa. Surgiu, assim, no final do século XVIII, um maior crescimento microbiológico, anatômico, maior habilidade em técnicas cirúrgicas e, sobretudo, o suporte de hospitais para um melhor acompanhamento e tratamento dos pacientes que necessitavam de terapêutica (22, 23).

No mesmo sentido, também se nota um paciente mais interessado com o seu autocuidado, com a medicação necessária, possíveis efeitos colaterais e terapias alternativas. Hoje, o paciente está mais exigente e conhecedor do processo de adoecer e o médico mais detentor de conhecimentos, habilidades, tecnologias e especialização, diminuindo a holística do paciente, fragmentando o tratamento (19, 22).

Diante desse sintético histórico, observa-se que a relação médico-paciente se encontra condicionada aos contextos históricos nos quais se insere o desenvolvimento científico. Sobretudo, condiciona-se ao maior esclarecimento e conhecimento de ambas as partes, especialmente do paciente.

Quanto maior o conhecimento do paciente de sua doença, torna-se mais exigente e atento, passando a observar melhor as atitudes médicas e compartilhar suas dúvidas, o que facilita a adesão ao tratamento (24). O médico, quanto mais detentor de técnicas intervencionistas, mais apresenta a propensão

em adotar tratamentos desnecessários (25), podendo ser, em tal caso, interrogado pelo paciente sobre a necessidade do referido tratamento e sobre a existência de outras opções. Um exemplo atual é a assistência ao parto, que antes era realizada dentro de casa, com pessoas de confiança da gestante, mas que, atualmente, ocorre muitas vezes no ambiente hospitalar e com a atuação de um médico desconhecido que realiza várias intervenções para acelerar o trabalho de parto. Nessa situação, a relação entre o médico e a gestante, que se encontra fragilizada, revela-se extremamente assimétrica (26). No setor privado, geralmente a gestante deseja a assistência com o profissional que realizou o pré-natal e, por isso, geralmente, realiza cesárea eletiva, diminuindo sua autonomia na escolha do parto (27).

O médico que apresenta conhecimento científico e habilidade para realizar o tratamento do paciente pode vir apenas a solicitar um consentimento informado, não se preocupando com as dúvidas e os receios dos pacientes. É necessário que haja um equilíbrio nessa relação para manter um contato de mutualidade e entendimento, culminando em um resultado terapêutico mais adequado (23).

Inicialmente, o conceito de doença se baseava apenas em sinais e sintomas, considerando-se apenas o corpo, desvinculado do contexto psicológico e social, surgindo a partir de 1955, com as teorias psicanalítica e psicossocial um novo olhar direcionado para o todo (23). Nessa ocasião, o paciente começa a ter mais importância no contexto da doença, quando suas dúvidas, sentimentos e perspectivas quanto ao tratamento são incluídos na escolha da terapêutica mais adequada, considerando-o como único e não apenas como objeto de atuação médica. Passa-se a ter, assim, uma visão holística do paciente (28).

Na década de 1960, influenciado pela psicanálise e pela filosofia, o médico e psicanalista Michael Balint e sua esposa enfatizam a natureza dinâmica da relação médico-paciente, sendo descrita no livro *The Doctor, His Patient and the Illness* (1957). Segundo a teoria de Balint, formulada em 1964 (19), a relação com o médico é essencial para o tratamento, e quanto maior a confiança entre ambos os atores do encontro clínico, melhor a relação e o resultado. Desse modo, o médico tem uma importância fundamental no processo de tratamento, assim como o engajamento do paciente. Consequentemente, a relação médico-

paciente ultrapassa as manifestações físicas da doença, incorporando os contextos psicológicos e sociais nos quais o paciente se insere, compreendendo-se a doença como fenômeno psicossocial e biológico (8).

Ademais, o psiquiatra George L. Engel contribui para o modelo biopsicossocial ao propor a multidisciplinaridade, o que propicia uma compreensão mais ampla da prática médica (29).

Ao estudar a relação médico-paciente, pode-se encontrar vários modelos ao longo do tempo, o que revela o fato de essa relação depender do cenário social, cultural e intelectual. Apenas nos últimos séculos foi dada uma grande importância ao estudo dessa relação, valorizando-se, além do modelo biomédico da medicina, a empatia, as relações interpessoais e a comunicação (24).

A relação médico-paciente vem sendo observada desde os primórdios. Antes, era uma relação caracterizada pelo poder do médico, considerando-se que o paciente não detinha condições de opinar sobre o tratamento sugerido. Com o decorrer do tempo, ao surgirem novas influências científicas e sociais, além de ser possível maior conhecimento por parte do paciente em relação ao processo de adoecer, esse tema passou a receber interesse de vários cenários de estudo, especialmente nas áreas humanas e biomédicas (14, 20, 24, 26).

Ao estudar os modelos da relação médico-paciente, nesta dissertação, adota-se a seguinte classificação dos modelos relativos a tal temática (24, 30):

- Modelo de Atividade-Passividade;
- Modelo Orientação-Cooperação;
- Modelo da Mutualidade.

Inicia-se pela análise do Modelo de Atividade-Passividade que se caracteriza pelo paternalismo médico, por colocar o médico no controle total da situação, estabelecendo-se, assim, uma relação de superioridade. Essa relação se assemelha a uma relação de pai e filho (24) e impele o paciente a ser passivo.

O Modelo Orientação-Cooperação diz respeito a uma aliança baseada na cooperação e na orientação do médico relacionada ao tratamento, explicando-o com detalhes. Assim, o paciente é informado acerca do tratamento proposto, mas parte da escolha é do médico, colocado em situação de poder que lhe confere a faculdade de decidir sobre toda a terapêutica, como um pai-adolescente (24, 31).

No Modelo de Mutualidade, encontra-se uma participação mútua entre o médico e o paciente, com o compartilhamento igual de poderes e de conhecimentos, de tal modo a fomentar-se uma discussão entre as partes envolvidas sobre a escolha do tratamento mais adequado. Esse modelo predomina no manejo de pacientes crônicos, no qual a satisfação do médico é derivada não do poder, mas do bem-estar conferido ao paciente, sendo um cuidado centrado no paciente (9, 24). Ainda nesse modelo se encontra uma perspectiva psicossocial, compreendendo o paciente a partir de sua individualidade, conflitos, sentimentos e influências do meio em que está inserido. Nesse caso, o poder e a responsabilidade são compartilhados, de tal modo que o paciente é encorajado a participar de todo o cuidado oferecido (9).

Outra classificação da relação entre o médico e a paciente é proposta por Robert Veatch (Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown/EEUU), que se estrutura a partir dos seguintes modelos: Sacerdotal, Engenheiro, Colegial e Contratual (24).

No Modelo Sacerdotal, os médicos conferem predomínio aos seus valores e crenças pessoais e informam aos pacientes as opções de tratamento. Esse modelo baseia-se na beneficência e na passividade dos pacientes. Os pacientes recebem seu tratamento sem contestações (30).

No Modelo Engenheiro, os médicos são cientistas fornecendo informações objetivas e tratamentos, sem considerar as crenças e valores das pessoas que atendem, atuando apenas de forma técnica, sem envolvimento com os pacientes. No Modelo Colegial, encontram-se o médico e o paciente como amigos, existindo um tratamento de igualdade, reciprocidade, confiança e lealdade (30). Esse modelo é o mais defendido por Balint.

O Modelo Contratual fundamenta-se numa relação de contrato da consulta, ou seja, nas participações do médico e do paciente sem envolvimento (30).

A classificação formulada por Ezequiel Emanuel e Linda Emanuel tem como proposta uma modificação na nomenclatura. Assim o adjetivo Sacerdotal é modificado para Paternalista e Engenheiro para Informativo. Retira-se a nomenclatura colegial. O contratual passa a ser dividido em interpretativo e deliberativo, de acordo com a autonomia dos atores do encontro clínico. Há o Modelo Interpretativo com médio envolvimento e deliberação com alto

envolvimento. Essas alterações apresentaram influência da importância conferida à autonomia do paciente, que passa a ficar mais presente nos relacionamentos. Pode ser considerado um quinto modelo, o Instrumental, quando o paciente pode ser utilizado para fins de pesquisa. Então, podemos redefinir esses modelos como (8):

- Paternalista: os médicos são “pais” autorizados, e os pacientes receptores passivos, submissos a medicamentos e benefícios;
- Informativo: os médicos fornecem informações e os pacientes decidem com base em seus valores e necessidades pessoais;
- Deliberativo: os médicos agem como mentores, orientando os pacientes a identificar e focar em valores que afetam ou são afetados pelo tratamento da doença do paciente, à medida que tomam decisões médicas.
- Interpretativo: os médicos atuam como conselheiros, auxiliando os pacientes na interpretação e articulações das decisões médicas. Existe uma autonomia equilibrada entre as partes, com uma tomada de decisão compartilhada, obtendo-se os melhores resultados terapêuticos. Cita-se esse modelo muito conhecido pela literatura, completando o modelo escolhido para estudo.

1.2 Modelo da relação médico-paciente predominante no cuidado obstétrico

No cuidado obstétrico, existe um predomínio do Modelo Paternalista, no qual o médico comporta-se como “pai”, autoridade que em geral procura determinar o que é melhor para a paciente (27)(31). Caso o médico agende uma cesariana eletiva por desejo da paciente ou pelo fato de que ele irá se ausentar, fica bem mais cômodo e rápido para o profissional. Assim, comumente, a decisão é tomada com base em sua conveniência como médico.

No Modelo Paternalista, há predomínio do princípio da beneficência na medicina, do qual decorre a cura como objetivo. A não maleficência corresponde àquilo que o médico acredita não ser prejudicial ao seu paciente (32)(33). Sendo assim, no cuidado obstétrico, há uma maior predominância do paternalismo, fundamentado na intenção de fazer o melhor para a gestante (34). Observa-se

que nesse modelo a mulher perde o controle e a participação ativa no processo de parturição, inviabilizando o exercício de sua autonomia e a possibilidade de ela ser protagonista no parto (34).

A gestação consiste em um período de várias consultas durante o pré-natal, momento em que se estabelece um maior contato entre médico e paciente, possibilitando uma relação de confiança. Ao longo desse processo, faz-se necessário empoderar a gestante para ela entender as duas possibilidades de parto, lembrando que a operação cesariana seria uma conduta de exceção, devendo ser indicada apenas quando existir recomendação médica. Deve-se respeitar a autonomia da gestante (35).

Ao longo do tempo, a medicina mudou significativamente, bem como a relação médico-paciente, antes artesanal, mística e baseada na experiência de especialistas, fundamentava-se na beneficência do profissional (34).

A gestante deve receber todas as informações sobre a gestação, sinais de trabalho de parto, sinais de alerta de complicação e quando procurar assistência. Deve ser informada durante o pré-natal, seja pelo médico, seja pela enfermeira que o realiza (36).

Nesse contexto, a paciente tem capacidade para entender e definir o melhor para a sua assistência ao parto, a partir da compreensão de que ela é a principal protagonista e que o profissional está ao seu lado para ajudar, apoiar e impedir os desfechos negativos. A capacidade de definir o melhor para si pode ser adquirida com a competência da paciente para compreender a situação que enfrenta (31) e os esclarecimentos realizados por parte do profissional de saúde.

O médico deve prestar atendimento humanizado, marcado pelo bom relacionamento pessoal e dedicação de tempo e atenção necessários para a paciente adquirir o conhecimento de toda a situação clínica por que passa. Para isso, é fundamental saber ouvir a paciente e os seus familiares, esclarecendo as dúvidas e compreendendo suas expectativas (21). Todo o registro deve ser realizado no prontuário e no cartão da gestante, que funciona como referência para o momento do parto. O plano de parto pode ser realizado a partir dessas informações e registrado em um documento que a gestante deve portar para, durante o trabalho de parto, explicar seu desejo, que, se possível, deverá ser acatado (36). Deve existir o olhar subjetivo do médico, e, quando for necessária a realização de intervenções, o consentimento livre e esclarecido é obrigatório,

sendo resultado da relação de confiança entre o profissional e a gestante. Pode ser verbal ou escrito, constituindo-se como meio de empoderamento da paciente e de credibilidade do médico (17). É importante também a participação de outros profissionais nos cuidados prestados à gestante.

O consentimento informado deve ser realizado a partir de uma conversa entre o médico e o paciente, mostrando a este todos os riscos, indicações e alternativas de tratamento, tendo como base a confiança estabelecida entre os ambos (34).

Em todo o contexto da relação com as pacientes, devemos lembrar que elas são diferentes, mas devem ter igual oportunidade de receber o melhor tratamento e atendimento, o que caracteriza o princípio da justiça. Pacientes de serviços públicos e privados devem ter o mesmo atendimento. Essas descobertas foram acontecendo com o tempo. Muitas vezes, são transformadas em processos jurídicos, quando os pacientes descobrem seus direitos e vão em busca de os reivindicar. Difícil constituir aprimoramentos em decorrência de processos jurídicos, mas, por vezes, trata-se de algo que se torna importante, pois envolve frequentemente a descoberta de direitos (6, 17).

O fato de o paciente receber informação e educação e saber o que tem como direito para sua saúde favorece uma formação médica mais ampla e baseada em evidências, melhorando a relação médico-paciente, como também as demais relações interpessoais e multiprofissionais (12). Inicia-se nesse caso o conhecimento dos Direitos Humanos dos Pacientes (16).

No momento em que a gestante estabelece um vínculo com o médico, durante as consultas de pré-natal, pode ser realizado um plano de parto, que servirá para configurar expectativas escritas, baseadas no conhecimento adquirido da gestante, de modo a representar o melhor caminho atingível para ela (36).

1.3 Plano de parto

O plano de parto é um documento que registra as desejosas decisões da gestante a serem consideradas no trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Foi criado nos Estados Unidos em 1980 por Sheila Kitzinger, que, com intenção de proporcionar mais autonomia para as mulheres, defendia que o parto deveria

ser vivenciado como um processo fisiológico. Baseando-se em conhecimentos e evidências atualizadas, o plano deve conter condições possíveis e prestigiar a boas práticas na assistência ao parto (36). Apresenta também a finalidade de permitir um maior conhecimento da gestante sobre o processo de parturição.

O plano também é incentivado por educadores, por ser útil ao objetivo de facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e gestante e promover a autonomia da mulher quando estiver em trabalho de parto. Constitui-se também como a primeira recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), feita em 1996, denominada de *Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*, cujo intuito era permitir a organização e a humanização do parto em âmbito mundial (36).

O plano de parto precisa conter informações realistas e possíveis, mas não deve ser rígido a ponto de suscitar conflitos entre os profissionais que prestam assistência e a parturiente. Deve-se informar as pacientes sobre a possibilidade de ocorrência de parto distócico e de complicações. Importante o obstetra ser informado a respeito do plano antes do parto, como também os plantonistas, para que se tente harmonizar o planejamento com a realidade de cada região ou serviço (37).

Na atualidade, a relação médico-paciente tem como aspectos-chaves a melhoria da qualidade do cuidado, a personalização e o respeito aos direitos dos pacientes. O modelo atual parte das vontades e preferências da paciente que se fundamenta nas informações fornecidas pelo médico, com base em evidências científicas, buscando a decisão compartilhada sobre o tratamento a ser seguido (38). Uma relação equilibrada de confiança sem perder de vista o papel do médico e da paciente é a situação desejável, por contribuir para a prevenção de conflitos (36, 39). Contudo, ainda se observa, no Brasil, o predomínio do modelo paternalista, especialmente na assistência ao parto e nas situações de urgência. Mas aumenta a cada dia a incidência do modelo colegial ou de mutualidade, especialmente no manejo de pacientes crônicos, fazendo-se presente também nos cuidados com o parto, em especial no incentivo do protagonismo da gestante. Segundo a Determinação Nº 1/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o médico deve ter uma relação mais próxima e horizontal, respeitando a autonomia do paciente, garantindo mais segurança ao ato médico e permitindo ao atendido ter conhecimento do diagnóstico, terapêutica proposta e

prognóstico. Deve existir o consentimento livre e esclarecido, ainda que não haja previsão no ordenamento jurídico (27).

A relação médico-paciente não deve ser tratada de modo simplista, como um contrato, pois nela deve existir interação. O médico deve informar ao paciente a condição de saúde, diagnóstico, prognóstico e terapêutica indicada, dando ao atendido a possibilidade de interferir no tratamento, opinar sobre o que será feito com seu corpo e fazer escolhas. A atenção centrada na pessoa deve ser pautada pela escuta qualificada, pela resposta aos sentimentos e pela inclusão do paciente e dos seus valores na definição do plano terapêutico (37).

A consulta médica deve ser humanizada, marcada por um bom atendimento e relacionamento pessoal e dedicação de tempo e atenção suficientes para a resolução da demanda da paciente (40). A consulta deve conter uma visão holística da gestante, promovendo a proteção e divulgação dos direitos das pacientes, podendo ser assessoradas por outros profissionais, como enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais.

Diante do exposto, observamos que o poder hegemônico do médico com o objetivo de beneficência está em questionamento, o que torna melhor tanto para o médico, que pode compartilhar suas inseguranças, quanto para o paciente, que, estando informado sobre seu diagnóstico, pode tomar decisões mais acuradas.

O profissional de saúde tem o objetivo de promover e proteger os Direitos Humanos da Paciente, estando aí inseridos fatores sociais que permeiam o processo saúde-doença na perspectiva dos direitos humanos (16).

Em relação ao parto no Brasil, o modelo é definido como evento médico ou tecnológico. Modifica-se a assistência quando os movimentos de mulheres tentam mostrar para a sociedade a importância da mulher como protagonista do parto. As sociedades médicas estão interessadas na humanização do parto e no incentivo ao parto vaginal para diminuir o quantitativo de cesarianas no país, uma vez que esses números estão relacionados com a mortalidade materna. Os dados mostram que há necessidade de uma maior sensibilidade por parte dos profissionais na assistência obstétrica e de um menor número de intervenções. Quando se conta com uma equipe multiprofissional, capacitada e integrada, melhora-se essa assistência.

É preciso trabalhar a relação médico-paciente em todas as áreas inter-relacionadas a esse contexto desde a base do processo formativo profissional. É preciso reforçar competências relacionadas às *soft-skills* (habilidades cognitivas, interpessoais e intrapessoais (31).

CAPÍTULO 2 - INTERFACES ENTRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTO DIGNO E RESPEITOSO

2.1 Conceito de violência obstétrica

Pode-se definir violência obstétrica como a imposição, em grau significativo, de dor ou sofrimento evitáveis durante o ciclo gravídico-puerperal. Compreende toda violência física, moral ou psicológica praticada contra as mulheres, nos momentos do pré-natal, parto e pós-parto, sendo constatadas nos sistemas de saúde público e privado (41). Considera-se qualquer conduta ou omissão praticada por profissionais de saúde que levam à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos da mulher de modo a excluir a autonomia desta (44).

Registra-se que a violência obstétrica é relatada por uma em cada quatro mulheres submetidas aos cuidados do parto, em serviços públicos e privados, segundo pesquisa da Fundação Perseu Abramo de 2002. Relatam violências física, psicológica e verbal, sendo as duas últimas as mais frequentes. A violência pode ser praticada por obstetras, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou de laboratórios, anestesistas, recepcionistas e pessoal de administração, ou seja, todo aquele envolvido em prestar cuidados à gestante no ciclo gravídico-puerperal. Por isso, deve-se considerar uma necessidade de treinamento para esses profissionais que são responsáveis pela melhoria nos cuidados prestados a essas pacientes (37).

A violência obstétrica é apenas uma das variadas formas de violência contra as mulheres, cometida nesse caso em um período fisiológico de labilidade emocional e de vulnerabilidade, com expectativas em relação à vida da paciente e à vida do filho que espera. Trata-se de uma temática abordada no final da década de 1980, decorrente de práticas inadequadas na assistência ao parto (41). Nesse período, foi identificado um modelo intervencionista, hospitalocêntrico e medicalizado, marcado por intervenções desnecessárias durante o parto (41).

O cuidado materno fundamentado no paternalismo médico não considera a gestante como protagonista desse momento (27). A oposição à violência obstétrica não significa sustentar que o parto deve ser realizado no domicílio,

como acontecia no século XVI, mas que ocorra de uma forma segura, com o mínimo de intervenções e ao lado de pessoas de confiança da gestante (21). O processo de parturição deve ser o mais fisiológico possível, com cuidados baseados em evidências e realizado de tal forma que os profissionais envolvidos não façam uso arbitrário de sua autoridade em relação ao corpo e à sexualidade das mulheres durante o parto e pós-parto (42).

O termo “violência obstétrica” surgiu na América Latina em 2000, a partir dos movimentos sociais pela humanização do parto (41). Trata-se de um termo bastante atual, mas que representa um sofrimento antigo das mulheres grávidas. Nesse período, foram identificadas intervenções desnecessárias, vivências de partos dolorosos, ofensas, humilhações e expressões de preconceito arraigados em relação à saúde e à sexualidade da mulher. Esse desrespeito já existia há muito tempo, mas foi registrado e evidenciado com mais ênfase nos últimos anos a partir da atuação de movimentos sociais pelos direitos das mulheres e de órgãos e entidades nas esferas nacional e internacional. Assim, passa a existir uma maior percepção da existência da violência obstétrica (41, 43).

O Ministério da Saúde (MS), em 2002, visando melhorar assistência ao parto e diminuir a mortalidade materna, criou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento. A partir daí, outras normativas para uma melhor assistência ao parto foram editadas, como a Lei Nº 11.108/2005, que permite o acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto.

Nota-se uma preocupação no âmbito internacional em relação à grande vulnerabilidade da mulher nesse período e sobre a constatação de como a assistência feita de forma inadequada viola os direitos da paciente gestante (44).

Ao referir-se à violência física, identificam-se várias práticas durante todo o ciclo gravídico-puerperal, como a realização não autorizada pela paciente de manobras ou técnicas desnecessárias durante o parto e o puerpério (35).

A violência verbal é bastante comum, através do emprego, por exemplo, de palavras de deboche, discriminação, inferiorização e humilhação quanto à escolha da forma de parir das pacientes. Quando psicológica, a violência pode impactar a vida da mulher de forma muito intensa e durante longo prazo, propiciando o surgimento de depressão pós-parto em decorrência de sentimentos de inferioridade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança (33).

Deve-se ter muito cuidado na utilização de medidas de rotina nos serviços, pois pode haver uma padronização das práticas de forma a desconsiderar que cada pessoa é única, ou seja, cada mulher apresenta especificidades que devem ser observadas de maneira singular (22).

O conceito de violência obstétrica abarca inúmeras considerações e várias formas de práticas que impõem um grau significativo de dor ou de sofrimento evitável (11, 45). Essas práticas podem se dar de forma não intencional, decorrendo de um sistema de assistência que favorece a sua ocorrência.

A violência obstétrica diz respeito à violação de uma série de direitos da gestante quanto aos cuidados durante a gestação, parto e pós-parto. Importante considerar o grau de informação do profissional que presta os cuidados desde o início do pré-natal acerca de todos os dados relativos às alterações fisiológicas da gestação, sinais de início de trabalho de parto, sofrimento fetal e direitos da gestante (37).

Cabe ressaltar que o pré-natal permite um maior contato com a gestante, o que permite o diagnóstico precoce de algumas patologias e a informação segura prestada à paciente. Notamos que, com tal perspectiva, pode haver uma maior redução de conflitos, como também da violência relatada posteriormente na assistência ao parto (10).

Deve-se lembrar também dos cuidados na assistência ao abortamento, ocasião em que a paciente se encontra vulnerável. Comumente, seu luto é desconsiderado, por se fazer julgamento moral da sua conduta, inexistindo uma orientação contraceptiva pós-procedimento ou orientações para nova gestação (4). Essas práticas estão no contexto de uma cultura de cuidados em saúde prestados com hostilidade, negligência e retardo às mulheres que sofreram aborto provocado.

2.2 Problematização do conceito de violência obstétrica

Observa-se uma mudança significativa na assistência ao longo do tempo. Anteriormente, as mulheres eram assistidas em seus domicílios por pessoas de sua confiança, sendo um momento no qual a gestante era o elemento mais importante (46).

No entanto, por conta da mortalidade e morbidade elevadas, especialmente no perinatal, acreditava-se que a morte, especialmente do neonato, era algo natural, ao se tentar preservar a vida da mãe (5).

Observa-se que se mostrou indispensável a presença de profissionais qualificados, com conhecimentos de outras técnicas de assistência, como o relativo ao instrumental e à cesariana para os casos de partos distócicos, como também em relação a uma melhor avaliação da vitalidade fetal. Então, surge o médico obstetra, especializado no cuidado materno, apresentando conhecimento técnico-científico e habilidades específicas. Com isso, vários partos deixam de ser realizados no ambiente domiciliar e passam a ser feitos no ambiente hospitalar. Em consequência, o parto, que era considerado um processo totalmente fisiológico, passa a ser visto como um procedimento que envolve intervenções (5). Ocorre que essa mudança de concepção acerca do parto não foi acompanhada, em grande medida, pelo aumento do número de profissionais especializados, o que acarretou o aumento da utilização de mecanismos para acelerar o processo de trabalho de parto. Além disso, o receio de haver desfechos negativos contribuiu para a elevação do número de cesarianas (47).

Nesse contexto, o obstetra se apresentava como detentor de atitudes intervencionistas, deixando de fazer apenas a assistência para realizar o parto, ou seja, a mulher deixava de ser a protagonista e o profissional passava a conduzir a tomada de decisão e a ser o ator central (48). Assim, o parto deixava de ser fisiológico e passava a ser um procedimento cirúrgico. O obstetra deveria assistir o parto, identificar as distocias e realizar intervenções necessárias, mas não foi isso que aconteceu (48).

No Brasil, cada vez mais os números de partos vaginais vão diminuindo: antes eram 100% dos partos, hoje respondem por 70 a 75%. O que deveria ser a exceção, passou a ser a regra. Desse modo, a paciente, ao engravidar, já pensa em agendar a operação cesariana. Esse aumento da taxa de cesarianas acima de 10% está relacionado à razão de mortalidade materna, pois 23% das mortes maternas no Brasil podem ser atribuídas ao aumento das cesarianas desde 2000 (45). A mortalidade materna constitui um importante problema social, de direitos humanos e de saúde pública, refletindo na qualidade

assistencial, de acordo com a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Imaginava-se que ocorreria o aumento dessa incidência no início da prática intervencionista, mas a imutabilidade do pensamento dos profissionais médicos fez o crescimento permanecer, a ponto de o número de cesarianas, procedimento que deveria prevenir a mortalidade materna, passar a ser um fator de risco, de tal modo a se constituir como um alerta às entidades governamentais quanto à alta incidência da operação e consequente risco para as mulheres (45). O parto deve ser visualizado como um processo fisiológico único que requer cuidados do profissional de saúde, como apoio, acolhimento, atenção e respeito aos direitos da paciente (28).

No Brasil, em 1980, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) reconhecia o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo de atenção no contexto do cuidado materno. Foram surgindo vários estudos, etnografias e relatos que chamaram a atenção da população e das políticas de saúde (42). Pode-se citar a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), grupo de profissionais de saúde que, sensibilizados pelo tema, começaram a reconhecer as circunstâncias de violência e constrangimento nas quais se dá a assistência ao parto.

O Rehuna prefere utilizar o termo humanização do parto e promoção dos direitos humanos das mulheres, por temer uma reação hostil dos profissionais sob acusação de violência, haja vista que a maior parte desses profissionais não tem a intencionalidade dirigida ao cometimento de violência resultante do sistema em que se encontra inserido (42). Outro problema diz respeito ao fato de que, nas maternidades, há um alto fluxo de gestantes, com poucos profissionais, que exercem os cuidados com o parto de acordo com as suas experiências e não com as evidências atuais (47).

A violência obstétrica foi negligenciada pelo fato de ser uma pauta feminina, assim, não recebia a atenção devida, notadamente, pelo fato de se considerar que se constituía como uma pauta exclusiva dos movimentos feministas, bem como pela grande resistência dos profissionais e pelo não conhecimento por parte das gestantes de seus direitos (37).

A problematização do termo violência obstétrica traduz também a insatisfação de médicos e enfermeiros obstetras nos cuidados prestados às

gestantes, devido à grande dificuldade de realização (2). Com o maior número de partos hospitalares, as maternidades se tornam superlotadas e a assistência precária, havendo a redução do número de profissionais de saúde. Com isso, torna-se cada vez mais frequente ocorrer um agravamento da aceleração do parto, da violação dos direitos das pacientes e da peregrinação de gestantes por diversas unidades de saúde (42, 44). Nota-se também um maior número de processos judiciais e éticos em relação aos obstetras, afastando estudantes da especialidade. A sobrecarga de trabalho, com as várias emergências ligadas ao trabalho de parto, também afasta os alunos da obstetrícia. Nesse contexto, o emprego do termo violência obstétrica pode concorrer para desestimular ainda mais os estudantes de medicina a buscar a especialização em obstetrícia. No caso, o ideal seria alterar o enfoque para uma linguagem de direitos, como será desenvolvido nesta dissertação (26).

Movimentos de defesa das mulheres preferem que permaneça o termo violência obstétrica de modo a chamar a atenção das autoridades e da população para as situações adversas e humilhantes às quais muitas mulheres são submetidas nos períodos de pré-parto, parto e puerpério. Esses movimentos acreditam que a utilização do termo tem o condão de mobilizar a sociedade a ser contrária a essas práticas contra a mulher e a denunciá-las (37).

No entanto, pode-se contestar essa posição a partir do entendimento de que o termo “violência” não comunica adequadamente a prática adotada pelo profissional de saúde na vigência da realização dos cuidados. Ademais, imputar violência a um profissional de saúde irá acarretar uma postura de defesa e não a sua motivação para rever seus atos (2). Assim, as medidas mais importantes para se alterar esse quadro dizem respeito à capacitação e à sensibilização dos profissionais que prestam cuidados maternos, o que, dificilmente, ocorrerá quando empregado o termo “violência” (12).

Importante, que essa sensibilização seja realizada já nos cursos de graduação. Enquanto os estudantes aprendem anatomia, fisiologia e fases do trabalho de parto, por exemplo, devem ser educados para adotar uma relação com a gestante caracterizada pelo respeito aos seus direitos e às suas opções (49). No momento em que não for possível realizar o desejo da gestante, eles precisam estar cientes da importância de explicar à paciente o motivo da não realização de seu plano de parto (12).

Em relação à formação dos profissionais de saúde, observa-se que os cursos de graduação de medicina enfatizam um modelo intervencionista, valorizando exames, tecnologias e procedimentos sofisticados (49). Essas tecnologias e procedimentos são importantes, sobretudo, para um melhor diagnóstico de alterações identificadas nesse período (49). Por outro lado, à medida que aumenta a medicalização desse processo, ocorre também uma separação física e emocional entre o profissional e a paciente. Essa separação pode facilitar intervenções desnecessárias, gerando “violência” (49).

Deve-se adotar práticas baseadas em evidências científicas, bem como medicamentos e tecnologias para a condução do pré-natal e parto, o que não pode estar dissociado do processo fisiológico (2). O movimento do Cuidado Centrado no Paciente, que será objeto desta dissertação, preconiza uma valorização crescente da relação médico-paciente para diminuir esse distanciamento e esclarecer as dúvidas das gestantes, procurando apoiá-las nas decisões em relação aos cuidados com o parto (12).

Há que se refletir sobre se o uso da expressão “violência obstétrica” contribui para a redução da violação dos direitos das pacientes no contexto dos cuidados maternos (50). Sustenta-se que, para o enfrentamento de tais práticas, é essencial disseminar informações sobre os direitos das pacientes e incluí-los na formação dos profissionais de saúde, além de impor às unidades de saúde materna que haja uma política institucional de conscientização acerca de tais direitos (50). Importante assinalar que a gestante que faz um acompanhamento pré-natal informada de maneira adequada apresenta um processo de parturição bem mais tranquilo. Nesse sentido, alguns aspectos sobre o cuidado materno deveriam ser amplamente divulgados, como, por exemplo, o fato de que na parturição, um processo biológico doloroso, o limiar de dor deve ser aferido de forma individual (12).

Deve-se passar para a população os aspectos positivos, com desfechos harmônicos e não apenas os aspectos negativos da relação entre profissional de saúde e gestante. A equipe deve permitir o acompanhamento de uma pessoa de confiança da gestante e realizar formas alternativas de alívio da dor do trabalho de parto (51).

Ademais, ao utilizar o termo violência obstétrica, ocorre uma segregação do obstetra dos demais profissionais, transparecendo para a sociedade que o

obstetra é o único e principal agente das práticas violadoras dos direitos da paciente (2). Assim, perde-se a dimensão complexa e sistêmica do problema, deixando-se de perceber que há outros agentes envolvidos. Dessa forma, é fundamental esclarecer que qualquer pessoa ou profissional que pratique ações contrárias aos direitos da gestante no ciclo gravídico-puerperal é um agente da violência, devendo, portanto, modificar-se esse termo para adotar-se um denominação que enfatize a importância de se promover um parto digno e respeitoso, baseado no respeito e na promoção dos direitos da gestante. (25, 51).

2.3 Posicionamento da OMS sobre violência obstétrica

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência é definida como:

uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A OMS, preocupada com a diminuição da autonomia da paciente gestante e puérpera e com o aumento das intervenções nesse período, especialmente as operações cesarianas, em 2014, começa a incentivar pesquisas com a finalidade de documentar as práticas desrespeitosas nos cuidados ao parto e estimular boas práticas na assistência (41). Assim, a OMS implementa política em relação aos direitos e normas éticas envolvendo os cuidados, propicia a ampla divulgação de práticas respeitadas e apoia as pesquisas que visam definir e mensurar os problemas nas instituições de saúde pública e privadas (37).

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na garantia desses direitos e o Estado deve traçar políticas para manter esse direito. Ainda em 2014, a OMS realizou em estudo envolvendo 34 países que identificou sete tipos de maus-tratos, como pode-se citar: abusos físico, sexual e verbal; discriminação por conta da idade, etnia, classe social ou condições médicas; não cumprimento

dos padrões profissionais de cuidado; mau relacionamento entre as gestantes e a equipe; e más condições do sistema de saúde (45).

Com todo esse olhar, a OMS reconhece a violência obstétrica como questão de saúde pública e produz uma declaração intitulada *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em serviços de saúde* (52), através da qual recomenda que o parto aconteça de forma espontânea, garantindo-se a liberdade da paciente de ter acompanhante, ficar na posição mais adequada para o parto, deambular livremente, poder se alimentar e ser acompanhada de forma humanizada, individualizada e respeitosa (43, 45).

A proposta da OMS tem como iniciativa a criação de hospitais amigos da mãe e da criança, com divulgação e verificação nos hospitais das boas práticas nos cuidados com as parturientes (52). Nesse período, passa a ser mais divulgado entre os profissionais plantonistas a importância de realizar cuidados baseados nas boas práticas, incluindo cursos de sensibilização e atualização para plantonistas sobre a realização dessas práticas. Demonstra-se, assim, que algumas práticas, como episiotomia, parto em posição de litotomia, enteróclise e manobras que provocam dores na parturiente, não têm mais indicação para sua realização, devendo ser abolidas (52).

A iniciativa de criação de hospitais amigos da mãe e da criança deve ser estimulada. Ao procurar adquirir os pontos para tal reconhecimento, esses hospitais apresentam equipes mais qualificadas, ou seja, concretizam o treinamento de todos os funcionários em relação às boas práticas de cuidado com as parturientes e bebês.

2.4 Posicionamento do Ministério da Saúde sobre violência obstétrica

O Ministério da Saúde (MS) afirma que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no ciclo gravídico-puerperal (53). Pontua todas as recomendações para a melhor evidência científica disponível, guiadas pelos princípios legais, éticos e fundamentais pela humanização do cuidado e pelos princípios conceituais e organizacionais do SUS (53, 54).

O MS refere-se à impropriedade da expressão violência obstétrica, no atendimento à mulher, pois acredita que os profissionais que prestam cuidados não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar danos. As críticas do MS reduzem a violência obstétrica à perspectiva do profissional e deixam de considerar a existência de pesquisas demonstrando a importância do tema e a necessidade da adoção de medidas efetivas para que a violência obstétrica seja abolida (47). Desse modo, mesmo reconhecendo que há dúvidas sobre a contribuição do termo para a redução da sua prática, entende-se que o MS deve não apenas fazer tal tipo de crítica, mas como órgão de direção do SUS, adotar política pública visando ao enfrentamento das violações dos direitos das mulheres em tal contexto.

Após recomendação do Ministério Público Federal (MPF), o MS reconheceu, no dia 7 de junho de 2019, a adequação do termo para retratar situações de maus-tratos, desrespeitos e abusos durante o parto (44). Afirma o MS, nesse documento, que a prática obstétrica tem sofrido mudanças nos últimos 20 a 30 anos, com maior ênfase na promoção da saúde e no resgate das características fisiológicas do parto e nascimento. Relata ainda que várias intervenções que ocorrem durante a assistência ao parto estão sendo abolidas por não disporem de evidências científicas (44)(52).

2.5 Posicionamento do CFM e das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

O Conselho Federal de Medicina (CFM) foi contrário ao termo violência obstétrica por colocar o médico como principal responsável por essa prática, afetando os profissionais do cuidado materno, especialmente os obstetras. Observa-se uma redução do número de médicos com essa especialidade. Um dos motivos é a grande exposição desses profissionais perante a sociedade como agentes causadores de grande número de desfechos negativos e de aplicação de intervenções nesse processo fisiológico (55).

Nota-se que a violência obstétrica não corresponde apenas aos profissionais que prestam a assistência, pois pode ser ocasionada por qualquer pessoa que desenvolva um ato contrário à mulher em tal contexto. Os obstetras, mesmo em situações de condutas com indicação médica, são acusados comumente como agentes causadores da violência. Um exemplo bem comum é

a indicação de cesariana quando a gestante tem o desejo de parto vaginal, ou o contrário, quando a paciente em trabalho de parto, apresentando condições para o parto vaginal, é induzida a essa opção, mas deseja a cesariana. Na realidade, tais hipóteses podem constituir-se como violência, pois se trata de desrespeitos ao direito de autodeterminação da parturiente (2, 56).

O CFM, por meio da edição da Resolução Nº 2144/2016, estabelece que a cesariana a pedido só poderá ser realizada após 39 semanas de gestação em situações de risco habitual, visando garantir a segurança do feto.

Outra medida realizada pelo CFM é incentivar a qualificação dos profissionais para que os cuidados sejam realizados por especialistas. Faz-se necessária a atualização constante desses profissionais, pois as evidências científicas apresentam mudanças a cada momento.

A Febrasgo foi favorável ao posicionamento do MS de 2019 sobre a utilização da expressão “violência obstétrica”, que envolve situações multifatoriais que passam por falta de vagas nas maternidades, dificuldade de acesso das gestantes, mau atendimento por pessoas de outras categorias profissionais e falta de ambiente adequado. Para a Febrasgo, o termo não agrega valor, uma vez que toda assistência deve ser pautada na ética e na produção de cuidados qualificados em saúde. A Febrasgo ressalta ainda que o MS apresenta programas que buscam melhorar os cuidados com o trabalho de parto e parto, como o Humaniza SUS, Programa de Humanização do Parto e Nascimento e Política Nacional de Humanização, que inclui o Programa de Assistência Integral e Saúde da Mulher.

A Febrasgo destaca a violência obstétrica como uma expressão que apresenta crescimento polêmico em tempos recentes, e que a capacidade de comunicação, a formação e a qualificação de profissionais que prestam os cuidados obstétricos constituem o caminho mais seguro para a diminuição das intervenções desnecessárias. Registra-se que a Febrasgo é contra qualquer tipo de violência contra a mulher, sustentando que sejam seguidas as melhores evidências científicas para o binômio materno-fetal. A Federação aponta também que é necessária a atualização dos profissionais médicos, pois, como qualquer especialidade, os seus membros devem ser atualizados permanentemente. Assim, para a Febrasgo, atualmente a melhor evidência aponta para o protagonismo da parturiente e para a necessidade de o obstetra monitorizar com

segurança a vitalidade fetal e evolução do feto até o nascimento, com o mínimo de intervenções.

2.6 Delineamento conceitual de parto digno e respeitoso

Há necessidade em avançar na qualidade e na segurança dos cuidados prestados à gestante, com uma significativa redução dos cuidados desrespeitosos ou abusivos. “Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (52).

Deve-se promover a ampliação no reconhecimento das violências e fomentar as mudanças necessárias com ênfase no cuidado centrado na necessidade da mulher, assegurando o acesso às boas práticas e o respeito ao seu direito de autodeterminação (27).

Assim, o parto digno e respeitoso implica promover, incentivar e oferecer capacitações baseadas em uma assistência qualificada e fundamentada em evidências, mostrando que muitas práticas realizadas se encontram obsoletas e não amparadas em evidências científicas, devendo, portanto, serem retiradas da rotina assistencial (6).

Para obter respeito na assistência ao parto, os sistemas de saúde devem ser organizados e administrados de forma a garantir o respeito aos direitos da paciente (6). Dessa forma, para que os profissionais assegurem tais direitos, permitindo um cuidado adequado, devem ser capacitados (12).

Alguns passos devem ser orientados para uma adequada assistência à gestante no período de vulnerabilidade do parto (52):

1. Maior apoio estatal para pesquisa e ação contra os desrespeitos e maus-tratos, sendo necessárias evidências sobre a efetividade e a implementação de intervenções em diferentes contextos, oferecendo a orientação técnica necessária para os provedores de serviços e os profissionais de saúde;
2. Iniciar, apoiar e manter programas para melhorar a qualidade dos cuidados à gestante;
3. Enfatizar os direitos das gestantes ao cuidado digno e respeitoso, durante toda a gravidez e parto;

4. Notificar os dados obtidos com uma boa assistência ao parto e gestação;
5. Envolvimento de todos os setores ligados aos cuidados com a gestante, tais como mulheres, representantes da sociedade, instituições de educação e administração, pesquisadores, políticos e grupos de organizações internacionais.

As taxas de assistência institucional para o parto apresentam melhora porque as mulheres estão cada vez mais orientadas em relação aos seus direitos nos cuidados ao parto, passando a conferir maior credibilidade aos serviços que oferecem maior segurança para o parto e são mais exigentes. Além disso, os movimentos sociais, a comunidade e a mídia conferem maior visibilidade ao tema (57).

As situações de desrespeito mais citadas são: violência física (como manobras de Kristeller, uso abusivo de ocitocinas, não permissão de alimentação ou deambulação etc.), violência verbal, falta de consentimento para realizações de intervenções, falta de confiabilidade. Tais práticas estão sendo denunciadas, e com isso tem diminuído a ocorrência nos serviços de saúde, melhorando-se dessa forma os cuidados com o parto (58).

Em virtude do desrespeito relatado pela parturiente, em ambiente hospitalar, o parto digno e respeitoso atrela-se a uma série de direitos da gestante de modo a alcançar melhor assistência nesse período sem a existência de segregação entre os profissionais que prestam assistência (6).

Ressalte-se que é necessário a paciente ser informada de seus direitos para ser possível que os exija, como também precisa ter conhecimento de todo o processo fisiológico. Além disso, quando se fizerem necessárias intervenções, tais procedimentos devem ser informados e consentidos pela paciente. Ademais, importa ressaltar que devem ser indicadas intervenções que possam apresentar melhoria nos desfechos da morbimortalidade materna e perinatal (59).

Acredita-se que, ao deixar a gestante a par de todos os seus direitos como paciente, atua-se favoravelmente na viabilidade da exigência de tais direitos por parte da parturiente. Também é necessário o conhecimento desses direitos tanto pelos profissionais que prestam os cuidados quanto por aqueles que vão julgar os casos que se fizerem necessários. Ainda que se saiba que cada caso deve ser individualizado, deve existir um protocolo geral para os cuidados.

Atualmente, verifica-se que os profissionais de saúde não são adequadamente capacitados e terminam exercendo intervenções que, caso houvessem sido advertidos quanto à sua inadequação, poderiam não as realizar mais. Então a comunicação, a capacitação e a melhor atenção nos cuidados prestados às mulheres constituem estratégias importantes para se alcançar um parto digno e respeitoso para todas (43).

A vulnerabilidade física, psíquica e emocional da mulher no parto demonstra a necessidade de ser assistida com técnicas que respeitem sua condição no momento da parturição e que contribuam para o protagonismo da gestante ao dar à luz. A relação médico-paciente precisa ser uma garantia em favor da singularidade das gestantes através de uma assistência digna e respeitosa e que considere a autonomia da parturiente (27, 57)

É necessária uma integração entre o sistema de saúde que oferece o serviço, os profissionais que realizam esse cuidado e a comunidade na qual se insere a gestante. Essa intersecção faz a mulher receber, em um período tão vulnerável, uma assistência digna e com respeito (53, 58).

São recomendações da Febrasgo, da OMS e da Comissão Nacional de Incorporação das Tecnologias do SUS as seguintes boas práticas que favorecem trabalho de parto, parto e puerpério dignos e respeitosos:

1. Respeito à individualidade, o que significa que cada gestante tem necessidades individuais, devendo ser vista com um ser único;
2. Atenção ao momento de internação, pois pode ser necessária uma internação na fase ativa de trabalho de parto para impedir intervenções desnecessárias;
3. Considerar que a presença de acompanhante é imprescindível, já que, além de participar de todo o processo de parturição, estará ao lado da gestante, podendo até informar anormalidades durante esse período;
4. Considerar que a alimentação pode ser prescrita, como líquidos claros na fase ativa do trabalho de parto;
5. Considerar que a gestante pode adquirir qualquer posição durante o parto, com preferência para a verticalizada;
6. Enema e tricotomia não devem ser realizados, exceto nos casos de solicitação da paciente;

7. A monitorização fetal deverá ser realizada com ausculta fetal, cardiotocografia e perfil biofísico;
8. Deve-se oferecer tratamento não farmacológico para a paciente, bem como analgesia quando ela desejar;
9. Durante o parto, quando acontecer a expulsão fetal, o bebê deve ser colocado em contato com a mãe, pele a pele;
10. Deve-se fazer o manejo ativo da fase de delivramento placentário para impedir hemorragias.

Registra-se que todas as medidas citadas vão diminuir a mortalidade materna e perinatal (52). É interesse que todos os obstetras participem desse momento de transformação no modelo de assistência. Essa mudança deve ser implementada no pré-natal para que as gestantes sejam informadas acerca de como vai ser o processo de parto. Nota-se a importância, portanto, de que a paciente e o médico não sejam pessoas estranhas entre si e tenham como objetivo a realização de um parto respeitoso e digno (60).

No momento em que se implementam estratégias para a realização de um parto seguro e respeitoso, reduz-se a taxa de mortalidade materna e perinatal, promovendo a saúde materna. Essas ações englobam as dimensões dos cuidados de saúde na fase pré-gestacional, no pré-natal, no parto e no puerpério, permitindo um ambiente seguro e acolhedor (21).

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão possível de atenção à saúde, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gestação, parto e pós-parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação (21). Importante caracterizar a violência, conhecida como obstétrica, sendo combatida com as medidas de cuidado com o parto. Essas medidas são referenciadas pela OMS desde 1985, com estímulo ao parto vaginal.

A OMS define, desde 2014, que a gravidez e o nascimento caracterizam-se como os eventos mais importantes para a vida da mulher, devendo receber prioridade através da adoção de medidas que estabeleçam um parto com dignidade e segurança, sendo qualquer situação contrária a essas condições caracterizada como violência contra a gestante, incluindo perda de autonomia e decisão sobre seus corpos, no momento de grande vulnerabilidade.

As medidas para a redução das situações de violência obstétrica datam de muitos anos. Por exemplo, em 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) para promover igualdade e assistência digna para as gestantes, surgindo logo no outro ano, o manual do MS, com os cuidados que devem ser prestados às gestantes. Como exemplo também se cita a Maternidade Segura, que possibilitou um olhar holístico e respeitoso para as mulheres.

Promover a melhoria da qualidade do cuidado com o parto tem sido uma proposta identificada como a estratégia de maior impacto para reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal, ajudando a melhorar também a experiência da mãe e da família (49, 61).

Um adequado cuidado com o parto, pautado na fisiologia, minimiza intervenções durante esse período, fornecendo mais segurança e benefícios para a gestante. O cuidado deve ter por base as necessidades, os valores, a cultura e as preferências da gestante, a fim de promover os resultados de saúde ideal. As decisões devem ser tomadas com a finalidade de otimizar os melhores resultados para o binômio materno-fetal (10).

Intervenções de apoio contínuo direcionadas para as gestantes apresentam melhoria das condições de nascimento. A equipe tem um papel fundamental para que as mulheres se sintam confiantes, cuidadas e esclarecidas, estabelecendo uma relação respeitosa e de empatia e confiança (62).

O apoio contínuo durante o parto, com orientações durante o pré-natal, propicia o menor número de intervenções e melhores resultados de satisfação da gestante e familiares (63).

Todos os cuidados prestados em tempo hábil, baseados em evidências e exercidos com dignidade e segurança, produzem os melhores benefícios, propiciando uma maternidade com desfechos positivos e com satisfação para todos os envolvidos.(

O modelo de assistência intraparto da OMS recomenda um cuidado respeitoso e digno, com suporte emocional permanente, de acordo com a escolha da paciente; comunicação efetiva entre equipe e paciente; estratégias de alívio da dor; medidas não farmacológicas; monitoramento do trabalho de

parto; e registro e atenção dada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (6, 63).

Torna-se, assim, necessária uma padronização da medição das situações de maus-tratos, de modo a possibilitar identificar os seus tipos, facilitar a sua compreensão e melhorar os programas de apoio à redução de ocorrências inadequadas (27).

2.7 Violência obstétrica, Bioética e Direitos Humanos do Paciente

As situações de violência ocasionadas as mulheres durante o período de gestação, parto e pós-parto são consideradas não éticas e violadoras dos direitos humanos e consiste em violar os direitos dessas mulheres na condição de paciente. Os conflitos gerados pela prática dos profissionais responsáveis pelos cuidados a mulher nesse período e insatisfação destas, são pautados nas relações propostas pela bioética clínica. (26) Esta sugere resposta prática ao conflito, abordando conceitos e argumentos que auxiliem na solução da problemática surgida.

A vulnerabilidade da gestante durante o processo de parturição, pode ser exacerbada pelo não conhecimento dos seus direitos, facilitando a ocorrência de várias situações de violência. (28) Dentro do cenário de violência, identificamos várias situações não éticas, mostrando a importância dos referenciais bioéticos. (28)

A Bioética propõe direcionamento para tomada de decisões, sendo compreendida como um meio ou técnica de solução de problemas, como um método interdisciplinar e pragmático apto a lidar com situações e conflitos que demandem uma intervenção pontual. (17) Facilita dessa forma a resolução dos conflitos gerados pela insatisfação das gestantes.

Pode-se afirmar que a bioética consiste numa ética setorial com as seguintes características: (17)

- Combinação de reflexão teórica e prática;
- Interdisciplinaridade;
- Orientação prática, mesmo centrando-se em questões éticas fundamentais.

As instâncias da bioética clínica não caracterizam casos ou situações particulares, focam em situações gerais como o caso de violência contra grupos vulneráveis, procuram normativas para propor o melhor caminho par evitar os conflitos. Propõe uma produção coletiva, dialogada e democrática. (17)

A DUBDH, homologado em 2005 permite uma estrutura universal de princípios, que orienta todos os Estados na formulação de legislação, políticas de saúde e fornecem instrumentos para balizar o estudo das relações bioéticas. Promovendo o respeito pela dignidade humana e proteção de todos os direitos humanos. (17)

A DUBDH promove a igualdade fundamental entre todos os seres humanos, devendo ser tratado de forma justa e equitativa. Observa-se que existe um consenso ao nível global do que ocasiona as situações de violência durante o período de gestação e parturição, mas não existe regras de como elas são aferidas e julgadas, os direitos humanos bem como os direitos humanos dos pacientes permitem uma melhor percepção de sua violação. A partir do texto da DUBDH, existe uma aproximação da bioética dos direitos humanos, permitindo que os direitos humanos prevaleçam definindo a conclusão dos conflitos surgidos. (17)

Direitos Humanos refere-se às normas e aos princípios de direitos humanos previstos nos documentos internacionais, tendem ao universalismo de suas normas, sendo sua linguagem apta a conciliar a pluralidade encontrada na bioética. (

A essência dos direitos humanos como normas morais que atravessam culturas díspares permite desenvolver a aceção de que esses direitos são a tradução normativa da consciência ética global, consistem numa ética planetária de corresponsabilidade.

O reconhecimento do paciente como titular do direito, tem início na década de 1970, com movimentos sociais, quando estes passam a participar e interrogar os resultados do tratamento proposto, passando a ficar a situação em evidência. (66)

Sendo relatado pela professora Aline, em sua pesquisa, vários pontos positivos quando se adota direitos humanos dos pacientes, especialmente na forma de leis, pode-se citar:(66)

- Melhoria dos serviços médicos;
- Aumento da consciência profissional e da confiança na equipe de saúde;
- Aumento da percepção da importância da equipe profissional, responsável pela segurança do paciente, e a necessidade de um bom relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde;
- Diminuição dos processos jurídicos
- Melhor satisfação do paciente e familiares com a participação da tomada de decisão no processo terapêutico.

O reconhecimento dos direitos dos pacientes coloca-o como centro dos cuidados, aumentando essa consciência nos profissionais, deixando de ser o único responsável pela decisão no tratamento. (66) A existência de uma lei tem o condão de consolidar, promovendo uma equidade no tratamento das várias violações dos direitos humanos.(66)

A expressão direitos humano do paciente põe em relevo a relação profissional de saúde e a paciente, pois permite o conhecimento dos direitos pelos elementos da relação. (66)Esses direitos apresentam uma expressão nos cuidados as gestantes, por existir um tempo de relacionamento suficiente durante o pré-natal para consolidar a confiança no profissional e permitir uma conversa com tempo suficiente em relação aos direitos da gestante durante a assistência ao parto.(27) A divulgação dos direitos das pacientes, procurando individualizar cada gestante, permitindo conhecer a subjetividade de cada mulher no processo de parturição e oferecer os cuidados adequados para tornar o parto o mais fisiológico e com as condições de analgesia adequada.(6) Importante o Estado entrar em consonância com esses direitos para que sejam realizados. (26)

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DOS DIREITOS HUMANOS DAS PACIENTES NO CONTEXTO DO CUIDADO OBSTÉTRICO

3.1 Direitos Humanos dos Pacientes e sua aplicabilidade no cuidado obstétrico

Os direitos humanos são definidos por Fernández (1984) como exigências consideradas imprescindíveis para uma vida digna, podendo também ser delineados como os direitos que se tem pelo simples fato de ser um indivíduo da espécie humana, sendo considerados inalienáveis e universais. Assim, esses direitos são inerentes a todas as pessoas, independentemente de local da residência, sexo, nacionalidade, etnia, cor, religião, língua, orientação sexual ou qualquer outro *status*. Tais direitos estabelecem relações mútuas entre os indivíduos, propiciando uma vida digna para todos (64). Além disso, constituem a tradução normativa da consciência ética global, numa ética planetária de corresponsabilidade, principalmente tendo em vista a proteção dos vulneráveis, tais como a gestante e o recém-nascido (64).

Até a década de 70, o tema do direito dos pacientes era relacionado apenas ao aspecto judicial, quando um desfecho resultante em morte era denunciado. Nos demais cuidados de saúde prestados, a população apoiava a ideia de que os profissionais sempre agiam de forma correta, pois o que eles realizavam era o melhor para o paciente (65). Na década de 90, a linguagem dos direitos humanos passa a ser reconhecida nas legislações nacionais de diversos países. Mais tarde, houve a construção do referencial teórico dos Direitos Humanos dos Pacientes (2013), com a publicação do artigo *Human Rights in Patient Care: A Theoretical and Practical Framework*, de autoria de Jonathan Cohen e Tomas Ezer.

Os DHP constituem uma vertente da Bioética Clínica que situa o paciente no centro do cuidado e o entende de forma holística, focando-se no cuidado em saúde de qualidade – no caso desta dissertação, durante o pré-natal, o parto e o pós-parto imediato (17).

Os DHP correspondem aos direitos universais que todo paciente detém, independentemente de ser ou não usuário de determinado serviço de saúde ou plano, percepção que tem a finalidade de influir positivamente na prestação dos

cuidados com a saúde de todas as pessoas (66). Somado a isso, esses direitos apresentam conteúdo jurídico e ético que têm o objetivo de salvaguardar a dignidade humana, ao se aplicar os direitos humanos universais e legalmente reconhecidos em situações de cuidados com a saúde comprometidos com a proteção dos pacientes e dos profissionais (67).

O referencial teórico e normativo dos DHP encontra-se previsto em documentos internacionais, tendo o objetivo de constituir um arcabouço que permite ênfase nos direitos dos pacientes, respeitando-se seus desejos e valores e contribuindo-se para diminuir a assimetria entre o paciente e o profissional de saúde (68).

Os DHP apresentam proposições prescritivas para o paciente, para o profissional de saúde, para os provedores de saúde e para os agentes do Estado (68). Permitem, dessa forma, melhorar a comunicação e a distribuição de responsabilidade entre os vários envolvidos com a questão de saúde, fator importante no caso da gestante, pois pode representar força jurídica e social na linguagem dos direitos humanos (37, 60, 68).

Os DHP ligam-se à necessidade de normatização para esclarecer os conflitos que envolvem tomadas de decisão em relação ao tipo de parto e direitos da paciente no pré-natal, parto e pós-parto, permitindo valorizar a relação de cuidado mais adequada, respeitosa e simétrica. A normatização torna possível avaliar atos que são considerados habituais no cuidado com o parto e que podem representar situações de violência. Não há no Brasil uma legislação sobre direitos dos pacientes, existindo apenas o Projeto de Lei Nº 5559/2016 (50).

Em relação à paciente gestante, não há consenso de como os cuidados maternos podem ser aferidos. No entanto, pode-se relatar o Índice de Mor, que avalia a qualidade e segurança dos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto à gestante. Nesse caso, pode-se perceber a grande importância dos DHP para um resultado digno e respeitoso, quando são do conhecimento da gestante e dos provedores do cuidado (69).

Além disso, os DHP são estruturados de forma alicerçada em princípios que norteiam a aplicação de cada um dos direitos no contexto clínico, tais como o Cuidado Centrado no Paciente, a autonomia relacional e a responsabilidade dos pacientes. Para que ocorra uma diminuição das situações de violência obstétrica, é interessante priorizar os cuidados centrados na gestante,

permitindo uma autonomia na tomada de decisão, o que será facilitado por um melhor conhecimento dos DHP (31). Esse conhecimento deve abranger tanto a gestante quanto os profissionais envolvidos nos cuidados maternos. Cita-se nesta dissertação os que estão mais presentes na rotina dos cuidados prestados à gestante no processo de parturição, uma vez que tornar o conhecimento desses direitos é algo necessário para um parto com foco na segurança e respeito à autonomia da gestante (69).

3.2 Princípio do cuidado centrado na gestante e prevenção da violência obstétrica

Quando essa centralidade é considerada nos cuidados da paciente gestante, é reforçada uma relação médico-paciente mais colaborativa e menos assimétrica, de modo a estimular o respeito à vontade e às preferências da paciente em relação ao parto (66). Assim, a gestante é conduzida não somente por indicação do profissional, mas também em decorrência de uma maior comunicação entre as partes e maior respeito à vontade da paciente.

Atualmente constata-se que há uma transformação no modelo do cuidado obstétrico, mostrando a necessidade de um cuidado compartilhado durante a gestação. Essa troca de entendimentos entre o profissional de saúde e a gestante vai caracterizar uma melhoria durante o cuidado com o parto, diminuindo as situações negativas vivenciadas na atualidade, como a violência obstétrica. A aplicação do Princípio do Cuidado Centrado na Paciente gestante, deve nortear as medidas destinadas à redução das situações deletérias durante o cuidado com o parto (40, 70).

Esse princípio se fundamenta na relação de mutualidade entre o profissional de saúde e a paciente, um modelo que impõe uma relação horizontal, construtiva e de caráter não adversário entre ambos (6). Esse princípio objetiva a concretização da vontade e preferência da paciente sem desconsiderar as evidências científicas e o tratamento proposto, motivando um equilíbrio entre o critério técnico da medicina e o respeito à autonomia pessoal da gestante para o cuidado com o parto.

Em 80 a 90% dos casos, no momento do cuidado com o pré-natal, a gestante é saudável e tem inúmeras inseguranças em relação ao momento do

parto (42). Por isso, a necessidade dessa relação de troca de informações para que ela possa optar pelo melhor momento para o parto. Contudo, tal escolha precisa ser factível, por isso a necessidade de a gestante receber uma orientação adequada do profissional de saúde e uma demonstração de segurança (54).

A gestante deve interagir com o profissional de saúde, tomando decisões para que o seu processo de parto seja realizado de uma forma sonhada e possível (36). Por isso, a necessidade de que receba informações atualizadas e acessíveis durante as consultas do pré-natal, mostrando que devem ser privilegiadas por uma anamnese rica em informações, não apenas restrita ao exame obstétrico (21). É importante que a paciente coloque em uma agenda ou caderno as possíveis dúvidas que surgirem durante o período entre as consultas, para não ocorrer esquecimento (23).

Salienta-se que a gestante é responsável por sua saúde, devendo ser estimulada a participar ativamente, lembrando que o conceito de saúde está relacionado com as condições socioculturais das pessoas e suas experiências de vida (54). Cabe aos profissionais de saúde respeitar as decisões da gestante, mostrando e construindo a melhor forma de atender a expectativa da gestante de acordo com as evidências científicas (47).

Deve-se assegurar que o respeito à decisão da gestante seja a tônica da relação entre profissional de saúde e paciente, evitando-se um tratamento desrespeitoso e abusivo que pode ser evidenciado nas situações de violência obstétrica. Por isso, acredita-se que o modelo de mutualidade e o tratamento individualizado sejam os melhores caminhos para evitar os inúmeros desfechos negativos no cuidado obstétrico (65).

O tratamento individualizado da gestante visa assegurar que o cuidado em saúde atenda às necessidades sociais, emocionais e físicas da paciente, levando-se em conta sua vontade e preferência (50).

É imprescindível a individualização na relação entre profissional de saúde e gestante, pois permite um tratamento único para cada paciente. Por exemplo, uma gestante adolescente cuja gestação não foi desejada tem um comportamento próprio e requer uma orientação diversa de outra paciente da mesma idade e que deseja a gestação, sendo acompanhada pelo companheiro que compartilha cada momento desde a descoberta da gestação.

No Brasil, desde a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), acredita-se na importância de que o pré-natal seja mais centrado em cada gestante, procurando dar-se um cuidado mais individualizado. Assim, segundo tal perspectiva, as consultas devem ser mais demoradas de modo a permitir dar melhores explicações sobre o período da gestação, sinais de quando procurar a maternidade e quais maternidades procurar, além de se esclarecer as gestantes a respeito das situações que necessitam da intervenção de outros serviços de saúde (10, 71).

Apesar de o PSF se propor a uma relação diferenciada com as pacientes da comunidade, principalmente no que se refere à vigilância em saúde nas formas de prevenção e promoção, não foi isso o que aconteceu em relação ao cuidado com o pré-natal (72). Acredita-se que o que de fato ocorreu foi a realização de consultas exclusivamente com percepção obstétrica e fragmentadas em pautas de rotinas dos serviços, que não consideram a individualidade das gestantes (6). Nota-se também a realização de cuidados com o parto por uma outra equipe totalmente desconhecida e desconectada com a que se realizou durante o pré-natal. Outro problema em relação aos cuidados com o parto consiste na peregrinação da gestante em diferentes unidades de saúde durante o processo de parturição (26).

Os profissionais que prestam o cuidado com o parto devem ser capacitados com informações sobre todos os direitos das gestantes, bem como sobre a necessidade de informá-las e conseqüentemente promover esses direitos de modo a reduzir a possibilidade de práticas adversas aos procedimentos adequados. Nota-se que o estímulo ao aprendizado através das mais novas atualizações e capacitações dos profissionais é uma medida possível para diminuir as práticas de violência obstétrica (12, 68).

É importante considerar que a gestante deve ser sempre atendida no primeiro serviço de saúde que procurar, e que, no caso de haver necessidade de transferência para outra unidade de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura. Na relação estabelecida no pré-natal, deve-se informar a maternidade de referência para o parto e estimular a visita ao serviço antes do parto. Esse direito está estabelecido pela Lei de Vinculação para o Parto (71).

Somando-se a isso, é importante haver todo esse acompanhamento também nos casos de aborto, com a realização do procedimento e de um diálogo

aberto sobre o tratamento, considerando igualmente o planejamento reprodutivo. Deve-se explicar as principais causas do abortamento, impedindo-se que a paciente se sinta culpada pelo desfecho inesperado do abortamento. Para isso, é essencial essa explicação. Tais ações estão inseridas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que objetiva o atendimento clínico-ginecológico, planejamento reprodutivo, acompanhamento de pré-natal e atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (4).

Todas as informações sobre saúde reprodutiva e cuidados com a gestante devem ser transmitidas pelo profissional de saúde. Porém, na prática, há registro de que apenas 10% das gestantes receberam informação desses profissionais (60), indicando a falta de implementação efetiva do direito à informação da gestante, o que impacta na não reivindicação dos seus direitos ou na ausência da denúncia quando os direitos são infringidos (33).

À medida que os cuidados são centrados na gestante, o profissional apresenta um enriquecimento dos seus conhecimentos, quando visualiza cada pessoa como única (54). A rotina dos serviços deve existir para adequar os tratamentos das gestantes, quando apresentam complicações ou morbidades, possibilitando a conduta uniforme dos profissionais de saúde (50). Por exemplo, o mais frequente para uma paciente com aumento dos níveis tensionais seria a indicação de operação cesariana, mas ela pode ser protagonista de um parto vaginal, desde que seus níveis pressóricos estejam sob controle. Portanto, o parto deve ter um cuidado centrado nas necessidades das gestantes, considerando seus direitos e sua participação ativa no processo de parturição.

3.2.1 Princípio da Autonomia Relacional

A autonomia relacional consiste na inclusão, de uma maior relacionalidade entre o profissional de saúde e a gestante, com um aumento da expressão do desejo da paciente, possibilitando uma menor expressão da autoridade do profissional. A incidência do princípio do respeito à autonomia relacional implica maior comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, através de uma linguagem que permita o entendimento por parte da pessoa atendida e conseqüentemente a definição da melhor opção terapêutica

(67). Na discussão específica, a gestante pode construir um projeto de parto juntamente com o pré-natalista (36).

Essa autonomia não tem caráter individualista, centrada em interesses particulares excludentes, diferentemente da autonomia relacional definida inicialmente por Kant, que representa uma condição humana que permite interação ética entre os seres humanos (50). Essa autonomia tem uma conotação diferente, sendo visualizada na perspectiva de Joel Anderson e Axel Honneth, autores contemporâneos que compreendem a autonomia como um conjunto adquirido de capacidades para conduzir a própria vida, destacando que a autonomia implica no reconhecimento recíproco em relação ao respeito, cuidado e estima.

A autonomia permite o desenvolvimento livre do outro (50). Essa concepção, ao estar presente na interação entre a gestante e o profissional de saúde, vai possibilitar uma relação simétrica, permitindo o desejo e consentimento da paciente.

3.2.2 Princípio da Responsabilidade do Paciente

A paciente deve seguir a orientação dos profissionais que lhe prestam cuidado para atingir o resultado esperado e preestabelecido nas consultas de pré-natal. Durante esse período, é formada uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a gestante, sendo elaborado um plano ou projeto de parto. A gestante discute desde o procedimento, se será por via vaginal ou por cesariana, até questões como intervenções, cuidados com o RN, além de itens relacionados com a instituição que presta os cuidados com o parto. Assim, esse planejamento deve se iniciar nas primeiras consultas de pré-natal, sendo completado de maneira longitudinal e gradual. Nesse caso, podemos considerar a participação nas consultas, a elaboração do plano de parto e a concretização das orientações do profissional de saúde como responsabilidades da paciente (52).

Nesse contexto, a gestante tem a responsabilidade de seguir as orientações do profissional de saúde, de participar dos grupos de gestante propostos e de conhecer o serviço de saúde destinado a prestar os cuidados com o parto, a fim de possibilitar o planejamento de cuidado com o parto seguro.

Assim, a elaboração do plano é uma atividade de responsabilidade da paciente, enquanto o profissional tem o papel de incentivar a realização desse plano e informar o que pode ser feito durante os cuidados com o parto na realidade da maternidade referenciada (36, 54). Esse plano de parto está disponível desde 1986 no Caderno de Humanização do SUS. Apresenta obstáculos para a realização por necessitar de articulação, especialmente com os gestores e serviços prestadores de assistência.

Nesse sentido, torna-se essencial reivindicar o acesso às informações sobre os direitos que a gestante tem durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, e a possibilidade de denúncia de violação desses direitos e de adoção de cuidados inadequados durante o processo de parturição e parto. Isso porque a dificuldade de discutir sobre os direitos das gestantes proporciona uma maior incidência de violência obstétrica (37). Essa problemática é observada na prática, mas em alguns casos passa despercebida em virtude da rotina dos diversos serviços e desconhecimento, especialmente das gestantes. Por isso, a necessidade de as pacientes terem ciência de todos os direitos que elas possuem.

3.2.3 Direito à vida

O direito à vida é primordial e inerente a qualquer pessoa, sendo um pré-requisito para os demais direitos. Assim, o respeito ao direito à vida deve ser considerado prioritário em qualquer cuidado, principalmente pelos profissionais que prestam os cuidados com o parto, tendo como objetivo central a manutenção da vida da gestante (66).

A função de manter a vida também é papel do Estado, que deve fornecer segurança, proteção e condições para que as mulheres tenham um cuidado obstétrico de acordo com as normas estabelecidas pela OMS (66). Nesse sentido, devem ser adotadas medidas para a redução da mortalidade materna, sendo inconcebível uma mulher morrer de causa evitável em decorrência da gestação. Na atualidade, verifica-se a ocorrência de muitas condutas inadequadas no cuidado com essas mulheres, justificadas pelas superlotações dos serviços de saúde, não existência de individualização de condutas e número

reduzido de profissionais que realizam o cuidado obstétrico, o que pode repercutir em desfechos negativos e na não preservação da vida (39).

Portanto, deve-se propiciar todas as condições para a manutenção da vida, incluindo número suficiente de profissionais capacitados e habilitados para prover cuidados com o parto de forma adequada. É importante a atualização dos profissionais envolvidos nos cuidados com as pacientes gestantes como também dos gestores das maternidades.

O Direito à vida é determinado pelo Código Civil Brasileiro e pela Constituição Federal.

3.2.4 Direito ao cuidado obstétrico seguro

Como decorrência do direito à vida, a gestante deve receber um cuidado com segurança durante o pré-natal, parto e puerpério, sendo encorajada para a opção de parto, e na ocasião da alta, receber orientações sobre planejamento familiar. As consultas devem ser realizadas de forma explicativa, com profissionais que preencham o cartão da gestante, que funciona como o resumo da trajetória da gestação (4). O parto é considerado uma situação de urgência, podendo evoluir de forma fisiológica, independentemente da atuação de qualquer profissional. Porém, em algumas situações, podem ser necessárias intervenções rápidas, integrais e seguras a serem realizadas por profissionais habilitados, a fim de evitar desfechos negativos. O direito à vida da gestante implica na prevenção de danos evitáveis, que possam atingir a vida dessas gestantes, ocasionando morbidade ou mortalidade materno-fetal. Assim, o Estado e os serviços de saúde devem promover estratégias para capacitar profissionais no cuidado com a gestante, de modo a dotá-los da habilidade necessária para o alcance do melhor resultado possível para o binômio materno-fetal (52). Além disso, a gestante deve ser contemplada com uma segurança pessoal, obtendo liberdade para não ser submetida a um dano físico e emocional que repercute de forma negativa na sua vida (52).

O direito ao cuidado obstétrico seguro abarca o direito de receber tratamento atualizado, baseado em boas práticas obstétricas. Não é permitido tratamento sem comprovação e aprovação científica. Com efeito, as intervenções, quando indicadas, devem ser baseadas em evidências científicas

atualizadas. O ideal seria apresentar as possíveis intervenções no pré-natal, momento em que a paciente está sem dor, havendo, assim, a possibilidade de um melhor entendimento. Além disso, deve-se possibilitar informações sobre a maternidade a procurar durante o trabalho de parto ativo ou na ocasião de anormalidades, de modo a diminuir os riscos de intervenções desnecessárias pelos profissionais de saúde e a preocupação por parte dos familiares, principalmente sobre o tempo do trabalho de parto (54).

O pré-natal deve ser multiprofissional, um trabalho integrado e centrado nas necessidades das gestantes, buscando-se compartilhar soluções para cada impasse detectado (10, 71).

3.2.5 Direito aos cuidados de emergência ou urgência

Ainda infere-se do direito à vida o direito da gestante aos cuidados de emergência ou urgência. Para 10% a 20% das gestantes, dependendo da amostra considerada, há situações de risco de vida para a mãe e/ou o feto, apresentando necessidade de uma intervenção imediata para impedir a morte de um dos envolvidos, sendo a gestação de alto risco responsável por 50% da mortalidade fetal anteparto. Isso motiva o incentivo ao parto hospitalar de forma humanizada, facilitando o protagonismo da mulher, mas não se perdendo o foco de manter a vida (2, 71). Os profissionais devem ser habilitados para salvaguardar a vida da mulher e do RN, promovendo um cuidado individualizado e baseado na tomada de decisão da gestante, mas com os equipamentos adequados para intervir nas situações emergenciais (12, 34).

É fundamental que o Estado assegure às gestantes um atendimento em serviço público ou privado, de modo a propiciar cuidado seguro, especialmente quando há risco iminente à vida. No momento em que não for possível à maternidade realizar os cuidados necessários ao binômio materno-fetal, a transferência deve ser assegurada com segurança e respeito pelo desejo da paciente, devendo ser explicado o real motivo para a gestante e seus familiares (59). É necessário o consentimento informado da paciente para a transferência, que deve ser realizada pelos profissionais da maternidade em que se encontra a gestante. Toda maternidade deve realizar os cuidados iniciais, estabilizar a

paciente e só depois disso transferi-la para o local indicado pelo gerenciamento de leitos (73).

3.2.6 Direito a não ser discriminada

Discriminar significa impedir que uma pessoa exerça seus direitos como ser humano, sendo uma atitude contrária ao artigo 7º da Declaração Universal dos Direitos Humanos. No caso da paciente em condição gestacional, pode ser discriminada pelo fato de estar gestante e ainda por fazer parte de outros grupos, como ser negra, indígena, ter baixo nível socioeconômico, não ser participativa nas orientações ou por outras características que a diferenciem do grupo considerado como padrão pelos provedores de cuidados com o parto.

Pode-se dizer que a paciente será discriminada por ser mulher, gestante e diferente do padrão desejado pelo profissional que exerce os cuidados (73). A equipe que presta os cuidados à gestante durante o pré-natal, parto e pós-parto deve garantir uma atenção com respeito, segurança e dignidade, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social. É dever garantir prioridade no atendimento e agendamento de consultas (11). O direito de não ser discriminada deve estar presente em todo cuidado prestado à gestante.

3.2.7 Direito à privacidade

Cabe o resguardo dos sentidos alheios, garantias constitucionais englobando a mulher em cuidados obstétricos, condição na qual deve ter a privacidade preservada. A preservação da integridade física e psicológica, determinada pelo inciso III do artigo 5º da Constituição, implica na proibição da tortura e tratamento degradante. É determinado também a integridade como proteção do aspecto físico, constituindo-se no direito de ser preservado da intromissão de estranhos em sua vida privada (50).

A privacidade é um direito individual, que permite a proteção da intimidade necessária para o pensamento criativo, a garantia da independência dos indivíduos para constituir um núcleo familiar ou núcleo de convivência social com valores próprios e o direito de se sentir em segurança dentro de seu próprio lar

e comunidade (59). Engloba o direito de autodeterminação, que permite que uma pessoa mantenha segredo de certos fatos sobre si mesma, de acordo com sua vontade (59).

3.2.8 Direito ao consentimento informado

O consentimento informado da paciente deve sempre guiar o cuidado obstétrico. A paciente deve ter conhecimento do seu direito de consentir ou não. O essencial é ter conhecimento prévio, já durante o pré-natal, das possíveis intercorrências do parto e do pós-parto, e não no momento em que a paciente estiver sentindo dor ou fragilizada ao longo do trabalho de parto. Em sua maioria, as intervenções podem ser explicadas, pois são previsíveis.

Na gestação, tanto nos procedimentos diagnósticos quanto terapêuticos, o consentimento informado deve valer-se de ponderação obrigatória a respeito de eventuais efeitos deletérios no produto da concepção (43, 59).

O consentimento informado deve ser acessível e feito em linguagem adequada a cada paciente, respeitando seu nível educacional, etário e cultural. O consentimento informado é um processo que deve ser iniciado antes dos procedimentos de parturição, pois neste período a paciente se encontra em processo doloroso e muito vulnerável, podendo assinar com a finalidade de fazer cessar a dor. O pré-natal é o período adequado para se conversar, pois as dúvidas são dirimidas com o esclarecimento, podendo-se fazer um planejamento de parto possível de ser cumprido (68).

3.3 Direito à tomada de decisão compartilhada

Para facilitar o diálogo, o profissional de saúde pode utilizar instrumentos informativos, como folhetos, cartilhas, palestras e material expositivo. Esses materiais devem ser acessíveis e de fácil entendimento pelas gestantes, com informações atualizadas e embasadas em evidências clínicas (6). O conteúdo deve mostrar as vantagens do parto vaginal como um processo fisiológico, mas também os momentos em que esse passa a ser patológico. A cesariana tem as suas indicações e, quando for realizada de forma eletiva, caso esta seja a opção

preferencial da paciente, deve ser realizada a partir de 39 semanas de gestação para assegurar a maturidade pulmonar fetal (4, 36).

A tomada de decisão compartilhada pressupõe a efetivação do Princípio do Cuidado Centrado na Paciente (66). O plano de parto expressa a Tomada de Decisão Compartilhada no contexto do cuidado obstétrico, sendo o planejamento do parto o fruto da autonomia da paciente. Esse plano de parto deve nortear as decisões da equipe médica que fará o atendimento, refletindo escolhas previamente definidas e que têm por objetivo pautar os cuidados obstétricos, em momentos nos quais a gestante pode não conseguir tomar a decisão (27).

Esse documento é construído com a participação do obstetra, da gestante, dos familiares e do pediatra, e tem como base evidências práticas e seguras do parto. É importante que esse documento seja baseado na realidade de cada região, considerando os serviços que podem ser prestados no cuidado com o parto (25).

No Brasil, em algumas situações, os profissionais que prestam os cuidados com o parto são plantonistas, portanto, sem vínculo com o pré-natal realizado. Alguns são de outro local, provenientes de uma realidade diversa. O plano de parto é visto por esses profissionais como uma falta de confiança no trabalho e uma exigência em prestar um cuidado inflexível. Assim, são necessários o apoio e a conexão entre o pessoal do pré-natal com os locais de cuidado. Desse modo, os diretores das maternidades devem ter conhecimento dessa realidade a fim de propiciar um ambiente acolhedor e seguro, além de prover a capacitação de todos os funcionários, diminuindo a segregação entre os profissionais e um melhor cuidado com o parto. O plano de parto deve corresponder ao resumo de uma decisão tomada pela gestante, pelo profissional do pré-natal e pela equipe que presta cuidado (21, 38).

O avanço da obstetrícia para melhorar os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal foram conseguidos com os cuidados prestados no parto nas maternidades (27).

No cuidado obstétrico, a TDC deve considerar a habilidade e a experiência clínica do profissional, a expectativa e as necessidades da gestante com seus familiares e a conduta baseada na melhor evidência técnica (40). Ainda a TDC deve estar em consonância com as limitações físicas e os recursos disponíveis (40).

A TDC é uma novidade num ambiente permeado por práticas paternalistas no cuidado obstétrico. Por isso, devem ser realizados tratamentos nos serviços acerca da TDC. O dever do profissional de saúde é garantir que o indivíduo tome decisões autônomas e esclarecidas, e para isso deve provê-lo de informações claras e imparciais (27, 40).

A TDC melhora a satisfação das mulheres e a expectativa em relação ao parto (6, 70). As gestantes que recebem apoio em suas decisões apresentam mais segurança em relação ao processo de parturição como também com a equipe que presta os cuidados. Somado a isso, a TDC influencia positivamente o parto, proporcionando desfechos materno-fetais favoráveis e convergindo para a promoção da autonomia da paciente com participação efetiva durante o trabalho de parto e parto (40).

A TDC deve ser baseada nas rotinas do serviço, especialmente para patologias ou intercorrências que acontecem durante a gestação, como diabetes, eclâmpsia, hipertensão e prematuridade, que limitam a tomada de decisão da gestante. O mesmo acontece em relação ao cuidado com o parto, quando necessitamos transformar o processo fisiológico em um parto operatório (26). Informação e consentimento devem sempre existir, e nunca se deve imaginar que a paciente é incapaz de entender o processo que está acontecendo.

A mudança se faz necessária, o cuidado centrado na gestante e a adoção da TDC são mecanismos eficientes de redução dos casos de violência obstétrica, aliados aos movimentos sociais que mostram os direitos das mulheres durante todo o pré-natal e parto. Esses movimentos, especialmente através das mídias, fornecem orientação suficiente para o empoderamento das mulheres como também facilitam a denúncia de casos de vítimas durante esse período (44). Condutas perpetuadas por longos períodos são difíceis de serem mudadas, sendo necessário um processo de capacitação, discussão e sensibilização com todos os profissionais envolvidos para modificar a ideia do processo doloroso do parto, que vem desde a origem dos tempos (44).

Alguns estudos indicam que a TDC pode melhorar a satisfação da parturiente e levar a decisões de melhor qualidade. Gestantes que utilizaram apoio na decisão baseado em evidências melhoram o conhecimento sobre as

opções, criando expectativas mais precisas dos benefícios e possíveis riscos (27, 36).

Em estudos sobre tomada de decisão em relação ao tipo de parto, observa-se que as mulheres depositam a confiança no médico que presta cuidados, especialmente quando faz o pré-natal, delegando a ele a indicação para o parto (27, 44). Percebe-se que, caso o profissional estimule um processo de parto sem intervenções, as pacientes vão aceitar com facilidade, mostrando a grande importância do profissional de saúde, especialmente do médico, no processo de educação (50, 52).

Procurou-se destacar, entre os direitos dos pacientes, a tomada de decisão compartilhada. Os demais direitos citados fazem parte desse grande contexto da tomada de decisão.

3.3.1 Direito à confidencialidade das informações pessoais

A gestante tem direito, como qualquer paciente, ao sigilo das informações sobre sua saúde. As informações sobre a anamnese, juntamente com o exame físico e os cuidados durante o internamento, devem ser restritas à equipe que lhe presta cuidados. A discussão de casos, quando permitida pela paciente, deve ser realizada no leito dela e com a presença de acompanhante permitido por ela. Em relação às infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis e HIV/AIDS, as pacientes devem ser informadas sozinhas e nunca devem ser estigmatizadas por outros profissionais de saúde (66).

3.3.2 Direito a acompanhante de sua preferência

Além disso, toda paciente tem o direito ao acompanhamento com profissionais capacitados durante toda a gestação, parto e puerpério imediato e à presença de um acompanhante de sua preferência. Esse direito é um dos mais citados pela mídia e pelas sociedades. Observa-se que a presença de um acompanhante facilita muito a evolução do trabalho de parto, especialmente quando este tem relatos de histórias prévias satisfatórias (51).

3.3.3 Direito à liberdade

A gestante tem o direito de deambular livremente, não devendo ficar restrita ao leito. Esse direito deve ser repassado para a gestante e para os profissionais de saúde, podendo alguns profissionais estarem envolvidos em condutas antigas presentes nas maternidades que limitavam as pacientes a algumas posições. Deve ser lembrando que a grávida pode adquirir a posição que desejar, que favorecer um alívio das contrações, e pode parir na posição que achar melhor. Os profissionais devem apresentar disponibilidade para ajudar e acolher essa liberdade da gestante (66).

3.3.4 Direito à informação

As pacientes que desejavam a cesariana como eletiva eram influenciadas pelo médico, por familiares ou por experiências de terceiros (10). A escolha de cesariana eletiva está muito presente em virtude da previsibilidade e diminuição de situações de estresse (52). O profissional de saúde deve disponibilizar informações sobre os benefícios do parto vaginal como processo fisiológico e esclarecer sobre as indicações do parto cesariano. A relação entre o profissional de saúde e a gestante deve ser feita por meio de um diálogo baseado na confiança e segurança, otimizando as decisões em relação ao parto.

Ressalta-se que se faz necessário o conhecimento prévio da gestante sobre o processo de parturição, sobre quando deve procurar os serviços para a assistência e sobre qual a referência para o parto, proporcionando-se, assim, um parto seguro e sem a peregrinação da gestante por vários hospitais. Isso é essencial e decorre do seu direito à informação.

Parir é um processo fisiológico, com eventos sociais e culturais, manifestado por uma experiência íntima, sexual, emocional e espiritual que envolve interações entre indivíduos, grupo sociais e instituições com poderes e legitimidades diferenciados (69). A boa relação entre o profissional de saúde e a gestante vai permitir uma maior segurança para o parto vaginal, diminuindo o número de cesarianas, já que muitas pacientes preferem o parto operatório em virtude de uma maior previsibilidade e por medo da dor. Muitas pacientes

associam ao parto vaginal todo o processo de dor, achando que esse processo constitui uma violência.

Importante se faz o conhecimento dos direitos humanos das pacientes gestantes e sua aplicabilidade na prática diária, a partir de uma relação horizontal e simétrica para a redução de práticas identificadas como violentas nos cuidados prestados à gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

A institucionalização do parto aumentou a necessidade de profissionais ligados diretamente aos cuidados prestados às mulheres durante o processo de parturição, levando muitas maternidades a necessitar de um número maior de profissionais. Quando esse número não é suficiente, ocasiona-se uma sobrecarga de trabalho dos profissionais disponíveis. Como consequência, ocorre um serviço prestado de forma inadequada e não respeitando os direitos das gestantes. Isso não justifica tal tipo de prática, mas funciona como um facilitador das situações de violência contra gestantes, notadamente por impactar negativamente sobre a sua centralidade nos cuidados prestados. Cuidar dos cuidadores também caracteriza uma necessidade para a redução dos maus-tratos (7, 42).

Ao realizar um cuidado obstétrico centrado nas necessidades da gestante, individualizando cada ato, com o olhar específico para cada gestante, facilita-se a tomada de decisão das pacientes. Diante de todo o exposto na literatura, nota-se que se faz necessário persistir no processo de orientação e educação das mulheres sobre como parir, sobre o que é fisiológico e sobre que orientação deve ser realizada através de profissionais que consideram o contexto biopsicossocial das mulheres, fornecendo conhecimento suficiente para que as auxiliem na tomada de decisão em relação ao parto. Essa educação facilita o protagonismo das mulheres, reduzindo com isso as situações adversas (70).

Os DHP são direitos de toda pessoa. E a gestante, na condição de paciente, tem direito a ser submetida a cuidados dignos, respeitosos e seguros prestados por profissionais comprometidos, habilitados e atualizados com as melhores condutas empregáveis nesse momento. Para isso, também é importante a gestão em saúde estar comprometida com a efetivação e estimulação desse tratamento centrado na gestante (66).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de boas práticas nos cuidados prestados às gestantes requer uma equipe multiprofissional que atue em prol do respeito e da promoção dos Direitos Humanos das Pacientes. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto promove a segurança e incentiva o parto vaginal e confere uma revisão atualizada de condutas para a assistência ao parto direcionada para os profissionais que prestam cuidados obstétricos. As práticas obstétricas têm sofrido mudanças nos últimos 20 a 30 anos, com maior ênfase na promoção e no resgate das características naturais e fisiológicas do parto e na autonomia das pacientes, permitindo repensar o modelo paternalista, sendo modificado para um modelo baseado na assistência e mutualidade, fundamentado no cuidado centrado na gestante e procurando individualizar os cuidados com a parturiente. Enquanto boas práticas nos cuidados obstétricos, podem ser enumeradas, entre outras, o pré-natal com orientações, sendo dispensado mais tempo para a gestante e a família, e o compromisso de a consulta ser realizada por enfermeiras e médicos que promovam os direitos das pacientes. Os Direitos Humanos da Paciente representam a discussão dos direitos humanos no contexto da saúde e abrangem os prestadores nos cuidados de saúde. Ao respeitar-se os DHP como decorrentes da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), promove-se a proteção dos vulneráveis, no nosso estudo, as gestantes.

A Bioética Clínica contribui para o aprimoramento dos cuidados em saúde, identificando, analisando e propondo meios para solucionar problemas éticos relacionados com os cuidados prestados às gestantes. A Bioética Clínica foca na relação entre o profissional de saúde e o paciente e nos direitos humanos, tendo como ponto nodal as obrigações do Estado, na promoção da segurança, do respeito e da dignidade para a gestante.

Os Direitos Humanos se entrelaçam aos Direitos Humanos dos Pacientes, ao salvaguardar o direito à informação, o direito à privacidade, o direito ao cuidado adequado em saúde e o direito à dignidade e autodeterminação.

O parto representa uma expressão de saúde, de tal forma que pressupõe que a gestante seja tratada sem intervenções desnecessárias. Além disso, deve ocorrer em lugar aconchegante, com rotinas mais flexíveis e com a participação

de familiares, conforme a vontade e preferência da paciente. São recomendações atuais da OMS e do MS ofertar líquidos durante o trabalho de parto, estimular a posição verticalizada e propiciar liberdade de movimentação, buscando o aumento do conforto materno. Também recomendam a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; e a presença de um acompanhante de confiança escolhido pela paciente para participar de todo o trabalho de parto, parto e pós-parto. Pode-se referir que essas medidas expressam os direitos das gestantes no contexto dos cuidados obstétricos.

Recomenda-se como boa prática que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação do modelo de cuidados que inclua os profissionais necessários para proporcionar uma diminuição de intervenções e maior satisfação das mulheres e desses profissionais. As parturientes devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações necessárias para poderem decidir e serem incluídas nas decisões terapêuticas. Deve-se existir uma decisão compartilhada e centrada na paciente.

Ao dar entrada na maternidade, em trabalho de parto, o profissional deve acolher, realizar o exame e procurar saber se a parturiente tem um planejamento do seu parto, como também solicitar o cartão da gestante. Os cuidados com o parto devem ser focados na paciente e não na documentação e na tecnologia ou procedimento. O fundamental deve ser a gestante e sua expectativa para um momento único que deve deixar marcas positivas e desfechos saudáveis para o binômio materno-fetal, permitindo um contato harmonioso.

Na atualidade, a relação médico-paciente tem como aspecto-chave a melhoria da qualidade do cuidado prestado, com tempo suficiente para a informação necessária e cuidados terapêuticos para a gestante. As pacientes passam a reivindicar sua participação ativa na tomada de decisão e desejando serem as protagonistas dos partos, mostrando aos profissionais que a função deles é serem cuidadosos e empáticos ao exercerem a finalidade de identificar as alterações do processo fisiológico do parto e proporcionarem os cuidados necessários.

Considerando as boas práticas na assistência ao pré-natal, constata-se que esse momento não se limita aos cuidados biológicos, pois cada gestante tem necessidades específicas, devendo-se ter atenção sobre os riscos sociais e vulnerabilidades específicas. Uma assistência ao pré-natal com qualidade

diminui a mortalidade materna e facilita a prevenção dos agravos e dos óbitos evitáveis. Os cuidados prestados à paciente durante o processo de parturição de forma segura, respeitosa, com habilidade e adesão às melhores evidências científicas permitem a redução dos casos de violência obstétrica.

A busca constante de uma assistência materno-infantil de qualidade, reconhecendo as deficiências que os serviços de assistência ao parto apresentam, com limitações para a gestante e para o profissional, representa um alicerce para a redução da violência obstétrica. É necessário melhorar o sistema de saúde, permitindo um ambiente respeitoso. Cuidados de políticas respeitosas à assistência obstétrica devem ser incorporadas às políticas de saúde.

Os Direitos Humanos dos Pacientes, quando reconhecidos e transmitidos para a paciente, permitem a consolidação do melhor cuidado com respeito à autonomia da gestante com base na relação de mutualidade. Quando os Direitos Humanos dos Pacientes são infringidos no contexto dos cuidados prestados a uma gestante, estamos diante de um caso de violência obstétrica. Proporcionar o bem-estar durante o parto, o direito à informação, a proteção do corpo com um tratamento digno sem segregação e um atendimento individualizado expressa respeito aos direitos do paciente.

Educar na área de saúde permite o repasse das alterações que acontecem durante o parto. Deve ser explicado à paciente sobre os direitos que ela tem durante esse período e o que pode acontecer, pois muitas gestantes desconhecem esse processo, não dispendo de conhecimento sobre o que caracteriza violência. Esses direitos humanos são intrínsecos à pessoa, considerando-a como única, sem segregação e respeitando a vida. Envolve saúde, autodeterminação e integridade pessoal, considerando todos como capazes de decidir e permitir as intervenções necessárias em seu corpo. O respeito aos direitos humanos não condiz com tratamentos médicos coercitivos ou não consentidos, pois pressupõem que apenas serão realizadas intervenções com a obtenção do consentimento informado. Quando acontece esse tipo de violação dos Direitos Humanos das Pacientes, a mulher sofre violência no cuidado obstétrico.

O Estado deve promover formação e capacitação de toda equipe que presta serviços e cuidados durante o parto. O serviço deve ter pessoas dispostas a trabalhar com a finalidade de respeitar a atitude de promover os Direitos

Humanos das Pacientes. A capacitação de profissionais é um elo muito importante em defesa do parto baseado em boas práticas. Ainda se verificam, comumente, práticas paternalistas, com a tomada de decisão unilateral do profissional. Essas práticas não devem ser repassadas para os alunos e médicos residentes. A realização de práticas baseadas em evidências mostra a importância da Tomada de Decisão Compartilhada, com uma assistência baseada na relação de mutualidade. Os estudantes têm que aprender com esses exemplos para tornar os cuidados adequados ao parto, baseados nos direitos humanos das gestantes.

O incentivo e o aprimoramento das boas práticas nos cuidados com o parto baseados nos direitos dessas pacientes e compartilhados com a equipe de profissionais treinados e sensibilizados permitem a redução das inúmeras situações que ocasionem a violência obstétrica.

Observa-se que são necessárias uma comunicação empática, uma relação de mutualidade entre profissional de saúde e gestante e a adoção de Tomada de Decisão Compartilhada. Além disso, é preciso garantir a educação da comunidade sobre os cuidados e direitos de todas as mulheres durante um período de vulnerabilidade emocional, insegurança e transformações no corpo da mulher. A formação e a capacitação dos profissionais em direitos humanos fomentam práticas baseadas em evidências para a realização de um parto seguro e digno para todas as mulheres.

O planejamento do parto, conhecido como plano de parto, funciona como uma diretiva antecipada da tomada de decisão, bem como facilita a introdução do consentimento informado como forma de salvaguardar os direitos da gestante como paciente. Facilita também a inserção da vontade da paciente, a garantia de não ser discriminada, a sua liberdade de expressão e a interconexão com os Direitos Humanos da gestante. Tal planejamento deve ser baseado na realidade.

Pode-se afirmar que as gestantes não estão doentes e apresentam, assim, condições de serem protagonistas do parto. A equipe de saúde tem o papel de apoio e suporte técnico, por possuir habilidades suficientes para a resolução do parto, recebendo para tal confiança da paciente. O cuidado centrado na paciente inclui transparência, individualização, reconhecimento, respeito, negociação, dignidade e possibilidade de escolha. Ressalte-se que esses cuidados se iniciam com a comunicação durante o pré-natal.

Definir expectativas, treinar, modelar e orientar os profissionais de saúde em habilidades interpessoais, empatia e direito das pacientes ajudará a garantir o respeito, a segurança e a dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hameed W, Avan BI. Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. Bazzano AN, editor. PLoS One. 2018 Mar 16; 13(3): e0194601.
2. Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo. Qualidade da assistência ao parto e cuidado seguro e respeitoso da saúde materna e fetal. *Femina*. 2021; 49(12): 671-4.
3. Baldez L. The UN Convention to Eliminate All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW): A New Way to Measure Women's Interests. *Polit Gend*. 2011 Sep 1; 7(03): 419–23.
4. 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: versão resumida. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 51 p.
5. Silva TM da, Sousa KHJF, Oliveira AD da S, Amorim FCM, Almeida CAPL. Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. *Acta Paul Enferm*. 2020 Oct 20; 33.
6. Albuquerque A. O parto seguro e respeitoso sob a ótica dos direitos da paciente. In: Cuidado materno e neonatal seguro: Teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional. Atena Editora; 2021. p. 127-35.
7. Stanton ME, Gogoi A. Dignity and respect in maternity care. *BMJ Glob Heal*. 2022 Mar 22; 5(Suppl 2): e009023.
8. Frankel RM. Relationship-centered care and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 2004 Nov; 19(11): 1163-5.
9. Cvengros JA, Christensen AJ, Hillis SL, Rosenthal GE. Patient and physician attitudes in the health care context: Attitudinal symmetry predicts patient satisfaction and adherence. *Ann Behav Med*. 2007 Sep; 33(3): 262-8.
10. Norman AH, Tesser CD. Obstetizas e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2015 Mar 31;10(34):1–7.
11. Al Adib Mendiri M et al. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *M. Med Leg de Costa Rica*. 2017; 34(1):104-11.
12. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]*. 2007 Dec; 11(23): 624-7. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300016&lng=pt&tlng=pt
13. Paranhos DGAM. Direitos humanos dos pacientes idosos. Tese de doutorado em Bioética, 203f, UNB, 2018.
 14. Paranhos DGAM, Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes como instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas. *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário*. 2019 May 8; 8(1): 53-64.
 15. Garrafa Volnei. Apresentando a Bioética (An introduction to Bioethics). *Univ Humanas*. 2006; 3(2).
 16. Oliveira AAS de. Bioética clínica e direitos Humanos ; a interface entre direito humano, à saúde e o consentimento informado. *Bioethikos*. 2013; 388-297.
 17. Oliveira AAS de. *Bioética e direitos humanos*. 1st ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011. 248 p.
 18. Eler K, Albuquerque A. Direitos humanos da paciente criança. *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário* [Internet]. 2019 May 8; 8(1): 36-52. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/509>
 19. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg* [Internet]. 2007 Feb; 5(1): 57-65. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743919106000094>
 20. Maguire P. Improving the recognition of concerns and affective disorders in cancer patients. *Ann Oncol*. 2002 Oct; 13: 177-81.
 21. Lara LAS, Silva ACJSR. Relação Médico-Paciente. In: Fernandes CE, Sá MFS, editors. *Tratado de Ginecologia Febrasgo*. 1st ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 179-93.
 22. Prasad S, Dhingra C, Anand R. Reflection Over Doctor Patient Relationship: A Promise of Trust. *J Oral Heal Community Dent* [Internet]. 2014 May; 8(2): 104-8. Available from: <https://www.johcd.org/doi/10.5005/johcd-8-2-104>
 23. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2004; 9(1): 139-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=pt&tlng=pt
 24. Emanuel EJ. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1992 Apr 22; 267(16):2221. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1992.03480160079038>
 25. Nakano AR. Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 Jan;

- 29(1): 203-5. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100024&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
26. Barros de Souza A, Da Silva LC, Das Neves Alves R, Jacinto Alarcão AC. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Ciências Médicas*. 2017 Oct 2; 25(3): 115.
 27. Escobal APDL, De Matos GC, Gonçalves KD, Quadro PP, Cecagno S, Soares MC. Participação da mulher na tomada de decisão no processo de parturição. *Rev Enferm UFPE online*. 2018 Feb 4; 12(2): 499.
 28. Albuquerque R.S. Violência Obstétrica à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: percepção dos estudantes da área de saúde. Dissertação de mestrado em Bioética-UNB 2017
 29. Hui E. The centrality of patient-physician relationship to medical professionalism: an ethical evaluation of some contemporary models. *Hong Kong Med Journal*,. 2005; 11(3): 222-3.
 30. Noseworthy J. The Future of Care — Preserving the Patient–Physician Relationship. *N Engl J Med [Internet]*. 2019 Dec 5; 381(23): 2265-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMSr1912662>
 31. Minahim MA. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário*. 2020 Apr 1; 9(1): 85-95.
 32. Lemos A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde em Debate*. 2014; 38(101): 244-53.
 33. Souza MF de, Souza JDR. Violência obstétrica: grave violação aos direitos Humanos da mulher brasileira. *Lex Humana/Petropolis*. 2021; 13(2): 120-37.
 34. Dario P. A relação médico-doente. *Rev Med*. 2019 Jul 22; 98(3): 216-21.
 35. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. 2014 Aug; 30(suppl 1): S17–32.
 36. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa AC de P, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2019; 40. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100504&tlng=pt
 37. Marques SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário [Internet]*. 2020 Apr 1; 9(1): 97-119. Available from:

- <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>
38. Urbanetz AA, Piazza MJ, Teixeira AC, Urbanetz LAML. A Consulta Ginecológica. In: Fernandes CE, Sá MFS, editors. Tratado de Ginecologia Febrasgo. 1st ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 150-78.
 39. Gomes AM de A, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2012;22(3):1101–19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014&lng=pt&tlng=pt
 40. Carlos SJ. O processo de tomada de decisão da mulheres brasileiras durante o trabalho de parto: uma revisão da literatura (monografia). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2020.
 41. Santos RCS, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Cient (Unifap)*. 2015, jan/jun; 5(1): 57-68.
 42. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Cien Saude Colet*. 2019 Aug; 24(8): 2811-24.
 43. Souza YV, Gomes RS, Sá BV dos S, Mattos RMPR de, Pimentel DMM. Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. *Rev Bioética* [Internet]. 2020 Jun; 28(2): 332-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000200332&tlng=pt
 44. Diniz SG, Salgado HDO, Aguiar Andrezzo HF de, Cardin de Carvalho PG, Albuquerque Carvalho PC, Azevedo Aguiar C, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev*. 2015 Oct 25; 25(3): 377-84.
 45. d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002 May; 359(9318): 1681-5.
 46. Rezende CB. Histórias de superação: parto, experiência e emoção. *Horizontes Antropológicos*. 2019 Aug; 25(54): 203-25.
 47. Sens MM, Stamm AMN de F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2019; 23: e180487.
 48. Vieira LB. A Violência obstétrica e suas manifestações no cotidiano dos serviços de saúde: uma revisão integrativa (monografia). São Leopoldo (RS): Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2016.

49. Klering NM, Petry LR, Garzella H, Ogliari KS, Scherer JN. Obstetric violence and medical education: answering “Who Is Afraid of Obstetric Violence?” *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2021 Mar; 21(1): 345-6.
50. Da Silva DM, Serra MC de M. Violência Obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. *Rev Bras Direitos e Garantias Fundam.* 2017 Dec 1; 3(2): 42-65.
51. Presidência da República do Brasil. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União.* Brasília; 2005. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm
52. OMS. Prevenção e eliminação de atitudes de maus-tratos e desrespeito durante o trabalho de parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
53. MS. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: MS; 2005.
54. Sodr e TM. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Portal Period Ed da Univ Estadual Mar.* 2012; 11.
55. Portal CFM. Democracia Médica no Brasil.
56. Posicionamento do CFM sobre Violência Obstétrica: Nota Pública. Brasília: SFM, 2019. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf?fbclid=IwAR0KJt-_0WFJKGeBG04eN_8xHk1FsCKvK6XNBdjQ5nnQANFoCwcDMt3mh24
57. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da aten o pré-natal no Brasil e o Programa de Humaniza o do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004 Sep; 4(3): 269-79.
58. Moura AFP, Tomasoni YF, Guimarães BM, Camargo MF, Borges M do P, Markus JR. Violência obstétrica institucional: uma questão sobre os direitos da mulher. *Res Soc Dev [Internet].* 2021 Oct 31; 10(14): e243101422226. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22226>
59. V spoli BKGP. Os direitos da gestante e a legisla o. *Cad Cremesp Etica em Ginecol e Obs.* 2018; 5: 249-88.
60. Bachilli, MC, Zibel IS. Autonomia relacional e parto humanizado: o desafio de aproximar desejos e práticas no SUS. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2021; 31(1): e310130.
61. Organization World H. *World Health Statistic.* 2018.
62. Oliveira AL de. Violência obstétrica: uma análise de suas dimensões nas normativas brasileiras (monografia). Brasília: Universidade de Brasília; 2016.

63. Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK CA. Pregnancy and childbirth group. 2017;
64. Gonçalves TA. Direitos Humanos das mulheres e Comissão Interamericana de Direitos Humanos: uma análise de casos admitidos entre 1970-2008 (Dissertação). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
65. Annas GJ. The Rights of Patients: The authoritative ACLU Guide to the Rights of Patients. Southern Illinois University Press, 1989, 387 p.
66. Oliveira AAS de. Direitos Humanos dos Pacientes. 2016. Curitiba: Juruá 288 p.
67. Jonathan Cohen TE. Human Rights in Patient Care: a theoretical and practical framework. *Heal Hum Rights*. 2013; 15(2): 7-19.
68. Oliveira AAS de. Os direitos humanos dos pacientes como novo referencial da bioética clínica. *Rev Redbioética/Unesco*. 2017; 2(16): 12-22.
69. Vedam S, Stoll K, Rubashkin N, Martin K, Miller-Vedam Z, Hayes-Klein H, et al. The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM - Popul Heal*. 2017 Dec; 3: 201-10.
70. Brilhante AV, Bastos MH, Giordano JC, Katz L, Amorim MM. Obstetric Violence and Medical Education. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2021 Jul; 21(3): 965-6.
71. Presidência da República do Brasil. Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 2007. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm
72. Gomes AM de A, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2012; 22(3): 1101-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014&lng=pt&tlng=pt
73. Arantes CR, Paixão JEP, Oliveira LMF de, Siqueira RB de, Siqueira GB de, Silva MFGD e. Violência obstétrica na sala de parto: tipos de violência e perfil das vítimas / Obstetric violence in birth room: types of violences and profile of victims. *Brazilian J Dev*. 2021 Aug 8; 7(8): 77964-80.