

Artigo Original

Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil

Analysis of obstetric violence reports registered at the Federal Prosecution Service, Amazonas state, Brazil

Reny Bastos Martins¹ , Milaine Nunes Gomes Vasconcelos² , Rachel Geber Correa³ ,
Munique Therense Costa de Moraes Pontes⁴ 

¹Universidade do Estado do Amazonas (UEA) - Manaus (AM), Brasil.

²Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas (UEA) - Manaus (AM), Brasil.

³Associação Humaniza Coletivo Feminista - Manaus (AM), Brasil.

⁴Universidade do Estado do Amazonas - Manaus (AM), Brasil.

Como citar: Martins RB, Vasconcelos MNG, Correa RG, Pontes MTCM. Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Colet*, 2022;30(1):68-76. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010245>

Resumo

Introdução: Trata-se de estudo sobre as denúncias formalizadas de violência obstétrica, registradas no primeiro Inquérito Civil Público da Região Norte sobre o tema. **Objetivo:** Analisar as denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, a fim de mapear as instituições de saúde do Amazonas envolvidas em violência obstétrica; as técnicas que são consideradas, pelas mulheres, como violentas; e realizar levantamento das categorias profissionais que foram denunciadas como autoras de violência obstétrica. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e documental, realizado de janeiro a abril de 2018 no Ministério Público Federal do Amazonas. Os dados foram analisados por estatística descritiva, sendo apresentadas em frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Foram analisadas 43 denúncias sobre violência obstétrica protocoladas entre 2008 e 2018, detectaram-se 12 maneiras diferentes de realizar a denúncia; 13 instituições de saúde, 29 técnicas consideradas violentas; além de identificar 8 especialidades profissionais denunciadas. **Conclusão:** tem-se que a violência obstétrica identificada ocorreu tanto em instituições públicas como em privadas; por diferentes profissionais de saúde, com destaque para médicos e enfermeiros; com diversas técnicas, ações e/ou atitudes, com destaque para aquelas que se situam no campo da relação profissional-usuário. Desse modo, identificou-se que as denúncias realizadas não se remetem apenas à categoria de violência institucional, abrangendo práticas de violência no âmbito da relação profissional-usuário.

Palavras-chave: violência obstétrica; saúde da mulher; violência de gênero; assistência ambulatorial.

Abstract

Background: This is a study on formalized complaints of obstetric violence, registered in the first Public Civil Inquiry in the North Region on the subject. **Objective:** To analyze the reports of obstetric violence registered in the Federal Prosecution Service of Amazonas in order to map health institutions of Amazonas involved in obstetric violence; to indicate techniques considered by women as violent; and to survey professional categories denounced as perpetrators of obstetric violence. **Method:** This is a quantitative, exploratory and documentary study, carried out from January to April 2018 at the Federal Prosecution Service of Amazonas state. Data were processed and analyzed using Excel and Word and were presented

Trabalho realizado na Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – Manaus (AM), Brasil.

Correspondência: Munique Therense Costa de Moraes Pontes. E-mail: mtherense@gmail.com; mtpontes@uea.edu.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Jul. 17, 2019. Aprovado em: Out. 11, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

in tables. **Results:** 43 reports of obstetric violence from 2008 to 2018 were analyzed, making it possible to detect twelve different ways of reporting; mapping thirteen health institutions and 29 techniques considered violent; as well as identifying eight professional specialties denounced. **Conclusion:** It has been observed that obstetric violence identified occurred in both public and private institutions; caused by different health professionals, especially doctors and nurses; using different techniques, actions and/or attitudes, mainly those in the field of the professional-user relationship. Thus, it has been noticed that the complaints reported do not refer only to the category of institutional violence, they also include practices of violence within the scope of the professional-user relationship.

Keywords: obstetrical violence; women healthcare; gender-based violence; ambulatory care.

INTRODUÇÃO

Não existe um consenso na literatura quanto ao conceito de Violência Obstétrica (VO)¹, mas ela pode ser entendida como uma ação caracterizada por desrespeito à mulher em relação aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos². A temática e o surgimento de movimentos constituídos por mulheres que vivenciaram essa violência parecem ser recentes, porém há diferentes momentos da história documentados em que a assistência prestada no momento do parto gerou sofrimento para a mulher, apresentando apenas diferentes denominações³.

Atualmente em evidência, a discussão tem dado ênfase às boas práticas de assistência ao ciclo gravídico-puerperal e ao nascimento, e aos episódios recorrentes de negligência no serviço prestado, utilização de protocolos desatualizados e/ou condutas inadequadas, e medicalização e patologização da parturição^{4,5}.

Em atendimento à Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil vem publicando ao longo de quase quatro décadas uma vasta literatura, bem como modificando sua legislação sobre a assistência humanizada ao parto. No ano de 2002, foi criado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, publicado pelo Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivo primordial a diminuição dessas práticas de agressão, negligência, violência, desrespeito, entre outras⁶. Alinhado às políticas públicas do governo federal, o estado do Amazonas publicou, em 2019, dois dispositivos legais que asseguram às mulheres amazonenses o atendimento digno, respeitoso e baseado em evidência científica. O primeiro é a Lei Estadual nº 4.749⁷, que dispõe sobre o parto humanizado, e o Plano de Parto Individual (PPI). A normativa assegura o direito a receber assistência humanizada na rede pública estadual e nos estabelecimentos conveniados com o Poder Executivo Estadual. O segundo é a Lei nº 4.484⁸, que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do estado do Amazonas. Esta última tem uma importância singular no cenário nacional, visto que o Brasil ainda não possui legislação federal que tipifique e defina o que é violência obstétrica, porém o estado do Amazonas conseguiu sua promulgação em junho de 2019, trazendo a definição e alguns exemplos de violência obstétrica. As duas leis alinham-se ao debate sobre ações de prevenção quaternária da violência obstétrica⁹.

Em julho de 2019, um mês após a promulgação da Lei de violência obstétrica no Amazonas, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou o documento intitulado "*A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*"¹⁰, que, pela primeira vez, usou as palavras "violência obstétrica" e trouxe a perspectiva de que violência obstétrica é mais uma violação dos direitos humanos. No cerne das discussões sobre VO encontra-se a pauta do corpo feminino. São enunciados que misturam elementos de naturalização da função reprodutora com críticas à objetificação do corpo da mulher; que transitam entre a ênfase em conquistas na autonomia feminina e a sua sujeição à natureza biológica. Nesse cenário, a compreensão do processo de medicalização do parto nos diz sobre como a legitimação do saber médico estruturou parâmetros de definição da identidade feminina. Ao trazeremos à tona a análise das denúncias de violência obstétrica, estamos contribuindo para pensar tanto as questões de gênero como as violências alicerçadas nelas. É um movimento de visibilizar o problema e responsabilizar atores.

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal (MPF) do Amazonas, mapeando as instituições de saúde que estão envolvidas em acusações de violência obstétrica, as ações ou técnicas que

são consideradas pelas denuncianteas como violentas, e as categorias profissionais que foram denunciadas como autoras de violência obstétrica. Constituiu-se em uma pesquisa pioneira, pois analisou o primeiro Inquérito Civil Público da Região Norte sobre violência obstétrica, aberto pelo Ministério Público Federal após denúncias formalizadas.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, exploratório e documental, realizado no período de janeiro a abril de 2018. Foram analisadas todas as denúncias inseridas no Inquérito Civil Público instaurado pelo Ministério Público Federal, entre o período de 2014, ano que surgiu a primeira denúncia envolvendo violência obstétrica, e abril de 2018, data estipulada para a conclusão da coleta de dados. Houve exclusão de uma denúncia por envolver mulher indígena, resultado em uma amostra de 43 denúncias por violência obstétrica.

A coleta de dados ocorreu no gabinete da procuradoria do Ministério Público Federal, mediante autorização de entrada e acesso aos arquivos do Inquérito Civil Público. Utilizou-se um roteiro com questões fechadas, previamente estabelecido. As variáveis analisadas foram: profissionais de saúde (toda categoria profissional que presta serviços de saúde); instituições de saúde (aquelas que proporcionam serviços de saúde); técnicas obstétricas violentas (as que aparecem denunciadas no inquérito); e ano de ocorrência (ano em que ocorreu a violência obstétrica e a denúncia). Os dados gerados foram processados e analisados com uso dos programas Excel e Word e apresentados em tabelas. Utilizou-se a estatística descritiva para análise das variáveis por meio de frequências absolutas e relativas.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), sob Parecer nº 2.455.286.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 43 denúncias, identificando em 13 instituições prestadoras de serviços de saúde a ocorrência de violência obstétrica. Entre as 13 instituições, 3 (23,1%) eram do interior, 10 (76,9%) da capital, 3 (23,1%) da rede privada e 10 (76,9%) da rede pública.

O número de denúncias revelou maior ocorrência na rede pública 38 (88,4%), enquanto 5 (11,6%) foram apontadas na rede privada. A distribuição das instituições por número de denúncias e esfera de gestão está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das instituições quanto ao número de denúncias sobre violência obstétrica e esfera de gestão. Manaus (AM), Brasil, 2018

Nome da instituição	Vezes que foi denunciada	Frequência relativa	Esfera de gestão
Maternidade Ana Braga	8	18,6%	Estadual
Maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu	7	16,3%	Estadual
Maternidade Nazira Daou	5	11,6%	Estadual
Maternidade Balbina Mestrinho	5	11,6%	Estadual
Maternidade Moura Tapajós	3	7,0%	Municipal
Maternidade Azilda da Silva Marreiro	3	7,0%	Estadual
Maternidade Alvorada	3	7,0%	Estadual
Hap Vida	3	7,0%	Privada
Samel	2	4,7%	Privada
Unimed	1	2,3%	Privada
Hospital de Vó Mundoca (em Borba)	1	2,3%	Municipal
Hospital Regional de Coari	1	2,3%	Municipal
Maternidade Lázaro Reis (em Manacapuru)	1	2,3%	Municipal
Total	43	100%	13

Fonte: Autoria própria

Este estudo demonstra a existência de denúncias sobre violência obstétrica ocorridas em unidades prestadoras de serviços de saúde, tanto no interior como na capital, na rede privada e também na rede pública. Entretanto, foi observada maior ocorrência em instituições da capital e da rede pública. Os dados sugerem duas hipóteses: ou essas instituições recebem número maior de público (paciente/cliente), o que propicia um número maior de denúncias, ou os serviços das instituições estaduais estão irregulares, desatualizados e inadequados. Já a presença de denúncias de ocorrências de violência obstétrica em instituições privadas pode sinalizar um problema de atuação profissional, refutando um possível argumento de que a violência obstétrica é exclusivamente um problema estrutural do serviço público.

Os resultados destacados endossam a discussão sobre a vivência violenta, a qual o parto institucionalizado comporta. O fenômeno que emerge nos registros permite deslocar a análise, a princípio, do tipo de gestão da instituição para os elementos da institucionalização.

Entende-se que a hospitalização do parto transformou a mulher em propriedade da instituição, tendo em vista que é no seu corpo que as técnicas obstétricas são experimentadas e praticadas¹¹. No terreno da *expertise*, subordina-se quem reivindica, com base em saberes tácitos, direitos sobre o próprio corpo. A maternidade é o lugar da linguagem científica. Dentro dela se evidenciam protagonismos e autoridades dos especialistas¹².

A hospitalização do parto indicou também o ganho de uma disputa sobre quem detém conhecimento científico de qualidade a respeito do parto. A constituição da obstetrícia, enquanto especialidade médica de valor, ocorreu mediante querela entre parteiras, médicos e cirurgiões. O saber tradicional difundido pelas mulheres parteiras foi substituído pelo conhecimento científico transmitido pelos homens médicos. Em termos gerais, foi uma negociação cujo ganho, a evolução tecnológica das condições de parto, resultou na objetificação do corpo da mulher. É um cenário que evidencia o processo de medicalização do parto, em cuja tendência identifica-se a exclusão das mulheres de suas práticas tradicionais relacionadas à parturição e os excessos realçados pelo movimento de humanização do parto¹³.

Referente aos profissionais que aparecem como denunciados por violência obstétrica, foi constatado que 28 (46,7%) eram médicos; 17 (28,3%) enfermeiros; 8 obstetras (13,3%); 2 (3,3%) médicos pediatras; 2 (3,3%) técnicos de enfermagem; 1 (1,7%) enfermeiro obstetra; 1 (1,7%) assistente social; e 1 (1,7%) sem identificação da classe profissional.

Dentre as oito categorias profissionais que aparecem, há maior incidência das categorias Médico e Enfermeiro. Do modo como as denúncias foram escritas, não se sabe se se trata de profissionais generalistas ou se foi esquecido de mencionar suas especializações. Sem a definição das especializações, as categorias Médico e Enfermeiro quantificam, respectivamente, 38 (63,3%) e 18 (30%) denúncias registradas.

As iniciativas de aprimoramento do atendimento nos serviços são fundamentais para a promoção de mudanças de comportamentos, a busca pela empatia, o respeito e melhor acolhimento das usuárias. Um exemplo de iniciativa é o primeiro seminário macrorregional norte do projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE On)¹⁴, em que aproximadamente 110 profissionais da Região Norte do país que atuam na área da saúde em hospitais universitários e de ensino, junto com representantes e coordenadores dos diversos setores da saúde pública, uniram-se para discutir e trocar experiências, com enfoque maior na saúde da mulher e da criança, para assim investir em uma assistência com boas práticas baseadas em evidências científicas. A iniciativa ainda é exclusiva da rede pública, porém, faz-se necessário a inclusão de profissionais, gestores e colaboradores da rede privada, visto que a ocorrência de violência obstétrica não está restrita ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O aparecimento das categorias Médico e Enfermeiro evidencia o papel da formação dos profissionais da saúde da mulher. Nas universidades nota-se a supremacia do ensino das competências técnicas em detrimento da valorização da discussão sobre os valores éticos e o cuidado em saúde, o que possibilita a naturalização do uso do corpo da mulher como instrumento de aprendizagem durante o processo de graduação/especialização. É a vagina-escola, termo que remete ao uso irrefletido da violência como recurso pedagógico¹⁵. Tendo em vista as categorias profissionais denunciadas, observa-se que, após concluída a universidade, mantêm-se os dispositivos de objetificação dos corpos femininos.

Os dados podem indicar também a necessidade de revisão dos contratos das cooperativas de saúde, visto que, semelhante a outros estados brasileiros, o Amazonas conta com percentual significativo de profissionais contratados por elas. Considerando que as modificações na assistência ao parto exigem um conjunto de condutas e atitudes que vão desde o acolhimento da mulher até sua alta da instituição^{16,17}, os serviços de saúde suplementar precisam ser inseridos e avaliados como integrantes da rede de assistência.

Entre as denúncias, foram identificadas 29 ações ou técnicas denunciadas como violentas (Tabela 2). A tipificação permaneceu exatamente como registradas nas denúncias.

Tabela 2. Distribuição de técnicas e ações. Manaus (BR), Brasil, 2018

Técnica denunciada	Nº de denúncias	Frequência relativa
Agressão/humilhação verbal	19	65,5%
Proibição do acompanhante	12	41,4%
Descaso e abandono	10	34,5%
Falta de respeito	8	27,6%
Constrangimento e humilhação	8	27,6%
Episiotomia rotineira	7	24,1%
Ameaça e coação	7	24,1%
Cesárea por conveniência do profissional	5	17,2%
Negação ou demora pela cesárea	5	17,2%
Agressão física	5	17,2%
Manobra de Kristeller	5	17,2%
Uso de medicamentos sem permissão ou esclarecimento à paciente	4	13,8%
Atendimento inadequado ou atendimento negado	4	13,8%
Ambiente inadequado para prestar serviços	4	13,8%
Negação de analgésico	3	10,3%
Restrição de água e/ou alimentos	3	10,3%
Abuso de poder	3	10,3%
Toques ginecológicos contínuos ou sem aviso prévio	3	10,3%
Intervenções sem aviso prévio	3	10,3%
Restrição de escolha do local do parto	2	6,9%
Cobrança ilegal de pagamento	2	6,9%
Situação de abandono	2	6,9%
Falta de esclarecimento	2	6,9%
Peregrinação em busca de vaga	2	6,9%
Risco à vida (esquecimento de item hospitalar dentro do corpo)	1	3,4%
Restrição de posição de parto	1	3,4%
Não realização de sutura da laceração	1	3,4%
Preconceito e discriminação	1	3,4%
Intervenção dolorosa	1	3,4%

Fonte: Autoria própria

Relacionado ao tipo de técnicas que foram denunciadas como violência obstétrica, houve predominância para agressão/humilhação verbal. Esse comportamento retrata o tratamento rude, ameaçador, por meio de gritos, repreensão, humilhação e abuso verbal¹⁸. Em um dos casos, suspeita-se que a vítima tenha sido torturada dentro da unidade de saúde, caso seja considerada a tipificação da Lei nº 9.455/1997¹⁹, que no art. 1º constitui crime de tortura “I - constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental: a) com o fim de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa”. Neste caso em específico, consta nos registros da denúncia que foi imposto à paciente, como condição para receber atendimento médico, que firmasse compromisso de não mais engravidar. Essa paciente veio a óbito alguns dias depois do atendimento realizado.

A proibição da presença do acompanhante foi a segunda técnica mais evidenciada como violência obstétrica entre as denúncias no Ministério Público. Ressalta-se que proibir a presença do acompanhante, na sala de parto ou na sala cirúrgica, é ferir um direito conquistado e garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005²⁰. O descaso e abandono das pacientes pelos profissionais de saúde também foi evidenciado como a terceira técnica mais frequente. O processo de parturição tem trazido vivências, momentos de grande terror e insatisfação, ligados ao descaso e ao abandono, e a outros tipos de violência cometidos por aqueles que deveriam ser os principais acolhedores e cuidadores²¹.

O baixo número de denúncias sobre “cesárea por conveniência do profissional”, também chamada de cesárea desnecessária, apresentado na Tabela 2, contrapõe-se às altas taxas de cesáreas no estado do Amazonas. Em 2018, a taxa anual global do estado foi de 39,1%, considerando a soma da saúde suplementar e o atendimento no SUS. De janeiro a abril de 2018, período de análise deste trabalho, o Amazonas apresentou taxa de 39,27%, e, portanto, não há diferença significativa quando comparada à taxa anual²².

No Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”²³, documento elaborado pela Rede Parto do Princípio, objeto de análise na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) do Senado em 2012, a cirurgia cesárea desnecessária é classificada de diversas formas: eletivas, por conveniência do médico, por dissuasão da mulher e por coação da mulher. Mesmo sem indicação clínica clara e baseada em evidências, para as mulheres que são atendidas na rede privada, escolher a cesárea como via de parto é uma escolha para tentar não passar pela dor do parto e/ou por algum tipo de violência relacionada ao parto normal²⁴, sendo possível observar o manejo estratégico do medo dos pais. Somado a isso, a maioria das indicações clínicas apresentadas para a realização da cesárea não eram absolutas e poderiam ter uma resolução simples, mas o desfecho dependeu diretamente da condução das equipes de saúde que atenderam a mulher²⁵.

Ademais, os riscos intrínsecos relacionados a esse procedimento cirúrgico, como maior morbimortalidade, sequelas permanentes, maior risco de hemorragia, acabam sendo invisibilizados se a mãe e o bebê ficam bem após a cirurgia. Dessa forma, a maioria das mulheres não se enxerga como vítima de um procedimento cirúrgico dispensável. Logo, entende-se que o dado relativo às cesáreas por conveniência pode esconder uma realidade que ocorre com muito mais frequência do que o denunciado.

Esses dados evidenciam uma realidade existente apesar da extensa legislação brasileira vigente e das diversas publicações que definem desde a mínima infraestrutura que a unidade de saúde deve ter até as melhores técnicas de assistência ao parto que devem ser utilizadas. Os números auxiliam na compreensão do motivo da existência de um Inquérito Civil Público enquanto instrumento de interferência na assistência oferecida. São dados que apontam para as diferenças entre o direito vigente e o direito vivido²⁶. Cotidianamente as mulheres experienciam violações de direitos que, combinadas aos marcadores sociais da diferença, culminam no entendimento de que a judicialização da saúde é o modo de enfrentamento capaz de modificar as relações institucionais e promover cidadania.

As denúncias foram feitas em sua maioria por 23 (53,6%) mulheres, com o apoio do movimento social Movimento de Humanização do Parto e Nascimento do Amazonas – MHPN/AM; seguido de 4 (9,3%) pela mulher, esposo e o movimento social; 4 (9,3%) pelo movimento social; 3 (7,0%) apenas pela mulher; 2 (4,7%) por parente e o movimento social; 1 (2,3%) pela sogra; 1 (2,3%) pela doula; 1 (2,3%) pelo marido; 1 (2,3%) pela mulher, parente e o movimento social; 1 (2,3%) pelo parente; 1 (2,3%) por denúncia sigilosa; 1 (2,3%) pelo esposo e o movimento social.

O estudo mostrou que a maioria das denúncias sobre violência obstétrica foram realizadas pelas mulheres juntamente com um movimento social, no caso, o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento do Amazonas. O movimento social representa a amplificação da voz da mulher, tendo como função provocar o poder público para averiguar a denúncia, para que este conclua se procede ou não. Mais ainda, os dados apontam para o caráter educativo das ações coletivas²⁷, que permitem a construção de uma postura reivindicante na mulher que se percebe violentada. Isso, somado ao potencial das novas tecnologias de informação²⁸, converge na amplificação da luta pelos direitos em saúde. De fato, a violência obstétrica emerge como algo diferente da violência institucional e da violência no parto²⁹.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu concluir, com base nas denúncias sobre violência obstétrica, que sua existência ocorre nas duas instâncias de atenção (pública e privada), sendo prevalente na rede pública, e realizada por profissionais médicos e enfermeiros, sem especialidade identificada. As denúncias foram realizadas, em sua maioria, pelas mulheres em conjunto com um movimento social, e evidenciaram a violência obstétrica principalmente pelo comportamento e a forma de atuação dos profissionais que prestam serviço às unidades de saúde, e não diretamente à estrutura física do local, o que não exclui a violência institucional.

Desta conclusão emergem dois principais direcionamentos. O primeiro é sobre a necessidade de que haja fortalecimento das políticas públicas, assim como fiscalizações mais severas para assegurar a qualidade de assistência nos serviços de saúde. O Brasil, apesar de não ter uma legislação federal específica sobre o tema que tipifique violência obstétrica, já conta com um amplo número de normativas que embasam o ordenamento à atenção humanizada ao parto e que deveriam ser cumpridas, melhorando a assistência, para diminuir mortes maternas e óbitos fetais. Por outro lado, a existência de uma normativa federal que criminalize as condutas abusivas e violentas, orientando os sistemas de saúde quanto aos diversos tipos de violência obstétrica e, ao mesmo tempo, penalizando seus atores e copartícipes, seria mais um instrumento de proteção à vida e de exemplo pedagógico àqueles que estão diretamente ligados à assistência ao parto.

O segundo é sobre como a pauta da violência obstétrica se insere no âmbito da saúde coletiva. Ela permite refletir a respeito das inconsistências entre direito vigente e direito vivido, os enquadres das institucionalizações e da medicalização do parto, a objetificação do corpo feminino e demais questões de gênero em que se estrutura a saúde da mulher, a potência do movimento social, dentre outros.

Estamos diante de uma reivindicação que assume contornos específicos, durante o ciclo gravídico-puerperal e que está intimamente ligada ao relacionamento interpessoal das equipes de saúde com as mulheres por elas atendidas e que geram maus-tratos, omissão, injúrias, constrangimentos, humilhações, negligência, imperícia e imprudência. De outra forma, a violência obstétrica também está relacionada à falta de atualização profissional e de capacidade técnica especializada, o que pode acarretar em lesão corporal grave, mutilações, levando à morte materna, ao óbito fetal e/ou a sequelas graves permanentes na mãe ou no bebê. Precisamos debatê-la.

REFERÊNCIAS

1. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Obstetrical violence in Brazil: a narrative review. *Psicol Soc.* 2017 jul;29:e155043. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.
2. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010 [citado em 2018 Fev 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>
3. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, 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.* 2014;25(3):377-84. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.
4. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [citado em 2018 Fev 10]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=D2583448089829EF1B5C14BD6E8B4178?sequence=3
5. Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Obstetric violence in public maternity wards of the state of Tocantins. *Rev Estud Fem.* 2018 jan;26(1):e43278. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília: MS; 2002 [citado em 2018 Fev 10]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
7. Amazonas. Governo do Estado. Lei nº 4.749, 3 de janeiro de 2019. Dispõe sobre o parto humanizado e o Plano de Parto Individual (PPI) nos estabelecimentos da rede pública estadual e nos estabelecimentos conveniados com o Poder Executivo Estadual, no âmbito do Estado do Amazonas, e adota outras providências. *Diário Oficial do Estado do Amazonas* [Internet], Manaus, 3 de janeiro de 2019 [citado em 2018 Jan 3]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=373684>

8. Amazonas. Governo do Estado. Lei nº 4.848, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas. Diário Oficial do Estado do Amazonas [Internet], Manaus, 5 de junho de 2019 [citado em 2018 Abr 12]. Disponível em: <https://sapl.al.am.leg.br/norma/10483>
9. Tesser CD, Andrezzo RKHFA, Diniz SG. Obstetric violence and quaternary prevention: what it is and what to do. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 jun;10(35):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013).
10. United Nations. General Assembly. A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. New York: UN; 2019.
11. Nagahama EEI, Santiago SM. The medical institutionalization of childbirth in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2005;10(3):651-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>.
12. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. Cesarean sections, perfecting the technique and standardizing the practice: an analysis of the book *Obstetrícia*, by Jorge de Rezende. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2016 mar;23(1):155-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100010>. PMID:27008079.
13. Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
14. Apice On. Primeiro Seminário Macrorregional Norte do Apice On. Apice On [Internet], Manaus, 9 de novembro de 2017 [citado em 2018 Mar 7]. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/manaus-sedia-1o-seminario-macrorregional-norte-do-apice-on/>
15. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. The vagina-school: interdisciplinary seminar on violence against woman in the teaching of the health professions. *Interface*. 2016 mar;20(56):253-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Ceará. *Humanização do parto e do nascimento* [Internet]. Brasília: MS; 2014. (Caderno HumanizaSUS; no. 4) [citado em 2018 Abr 10]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
17. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20160366. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.
18. D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002 maio;359(9318):1681-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6). PMID:12020546.
19. Brasil. Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 8 de abril de 1997 [citado em 2018 Fev 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9455.htm
20. 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-SUS. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 8 de abril de 2005 [citado em 2018 Abr 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
21. Queiroz TC, Fófani GA, Andrade FM, Oliveira MACA, Fontes LBA, Costa JA, et al. Obstetric violence and its perspectives on gender relations. *Rev Cient FAGOC Saúde* [Internet]. 2017;2(2):65-72 [citado em 2018 Abr 7]. Disponível em: <http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/194>
22. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Parto cesáreo [Internet]. Manaus: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM; 2020 [citado em 2018 Abr 7]. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/46/2
23. Rede Parto do Princípio. *Violência Obstétrica "Parirás com dor": dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres* [Internet]. Brasília; 2012 [citado em 2018 Jan 2]. Disponível em: https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789f8e8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf
24. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet*. 2005;10(3):627-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.
25. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicação de cesariana baseada em evidências: parte I. *Fermina*. 2010;38(8):415-22.
26. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialization of the right to health, access to justice and the effectiveness of the right to health. *Physis*. 2010;20(1):77-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>.
27. Gohn MG. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Rev Bras Educ*. 2011;16(47):339-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>.

28. Sena LM, Tesser CD. Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences. *Interface*. 2017 mar;21(60):209-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.
29. Carneiro RG. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. <http://dx.doi.org/10.7476/9788575415146>.