

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Curso de Enfermagem

Virginia Santos de Camargo Barros Lazzarini

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE DO
ENFERMEIRO**

SÃO PAULO

2017

Virginia Santos de Camargo Barros Lazzarini

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE DO
ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, orientada pela Profa. Mestre Mônica Bimbatti Nogueira Cesar, como requisito parcial para obtenção do título em Bacharel em Enfermagem.

SÃO PAULO

2017

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Lazzarini, Virginia Santos de Camargo Barros
A violência obstétrica e a responsabilidade do enfermeiro / Virginia Santos de Camargo Barros Lazzarini. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2017.
30 p.

Orientação de Mônica Bimbatti Nogueira Cesar

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2017.

1. Enfermagem obstétrica 2. Parto 3. Segurança do paciente 4. Violência contra a mulher I. Cesar, Mônica Bimbatti Nogueira II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 610.73678

Virginia Santos de Camargo Barros Lazzarini

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE DO
ENFERMEIRO**

São Paulo, 16 de novembro de 2017.

Orientadora Professora Mestre Mônica Bimbatti Nogueira Cesar

Examinador

Aos meus amores Alexandre, Renata e Fernanda, minha mãe Vêda e meu pai Dr. Barros (in memoriam).

*Minha querida orientadora Mônica pela qual agradeço a todos meus
amigos, professores e parceiros.*

LAZZARINI, Virginia Santos de Camargo Barros. **A violência obstétrica e a responsabilidade do enfermeiro**. 2017. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

Introdução: A Violência Obstétrica está presente em instituições de saúde públicas e privadas. É um termo recente que surgiu juntamente com a necessidade de retomada do processo de humanização dos partos, impulsionado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil. A vulnerabilidade da mulher grávida é uma condição preexistente à Violência Obstétrica e é reconhecida pela legislação brasileira merecendo uma proteção especial. **Objetivos:** Detectar as possíveis causas que desencadeiam a Violência Obstétrica e o que pode ser realizado para melhorar a participação da equipe de saúde e da mulher na parturição visando ao acolhimento e à assistência respeitosa. **Método:** Revisão integrativa de literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados LILACS, BEDENF, Coleciona SUS e, MEDLINE de 2012 a 2017. Os critérios de inclusão foram: partos institucionalizados e a percepção da violência pelas mulheres, enfermeiras obstetras e profissionais da saúde. Houve necessidade de recorrer à bibliografia complementar relacionada às áreas jurídica e da saúde. Para a análise dos dados, foram elaboradas tabelas contendo autores, títulos, base de dados e ano da publicação, objetivos, resultados e conclusões. **Resultados:** A maternidade, momento de grande fragilidade emocional para a mulher, pode ser maculada pela Violência Obstétrica manifestada nas formas verbal, física, psicológica e até sexual, acarretando danos físicos, morais e sexuais às mulheres, bebês e familiares. Embora no Brasil a Violência Obstétrica não seja crime, as condutas violentas podem ser apuradas e seu autor, punido. **Conclusão:** A Violência Obstétrica pode ser combatida com a adoção de condutas educativas que forneçam à parturiente maior conhecimento sobre seu corpo, processo da parturição e seus direitos. Outro elemento consiste na capacitação da equipe de saúde para um atendimento ético e de qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Parto. Segurança do paciente. Violência contra a mulher.

LAZZARINI, Virginia Santos de Camargo Barros. **The obstetric violence and the responsibility of the nurse**. 2017. 31 f. Work Completion (Nursing Degree) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

Introduction: Obstetric Violence is present in public and private health institutions. It is a recent term that came together with the need to resume the process of humanization of births, promoted by the World Health Organization (WHO) and adopted by the Brazil Ministry of health. The vulnerability of pregnant women is a pre-existing condition of Obstetric Violence and is recognized by Brazilian legislation deserving special protection. **Objectives:** To detect the possible causes that trigger Obstetric Violence and what can be done to improve the participation of the health and women's team in the parturition aiming at the reception and the respectful assistance. **Method:** Integrative literature review carried out in the Virtual Health Library (VHL) and in the LILACS, BEDENF, Coleciona SUS and MEDLINE databases from 2012 to 2017. The inclusion criteria were institutionalized births and the perception of violence by women, Nurses, obstetricians and health professionals. It was necessary to use the complementary bibliography related to the legal and health areas. For the analysis of the data, tables containing authors, titles, database and year of publication, objectives, results and conclusions were elaborated. **Results:** Maternity, a time of great emotional fragility for the woman, can be tainted by Obstetric Violence manifested in verbal, physical, psychological and even sexual forms, causing physical, moral and sexual damages to women, babies and family members. Although Obstetric Violence in Brazil is not a crime, violent conduct can be investigated and its author punished. **Conclusion:** Obstetric Violence can be combated with the adoption of educational practices that provide the parturient with more knowledge about her body, the process of parturition and her rights. Another element is the qualification of the health team for an ethical and quality care.

Keywords: Obstetric nursing. Childbirth. Patient safety. Violence against women.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MATERIAL E MÉTODO	12
2.1 Delineamento do estudo.....	12
2.2 Coleta de dados	12
2.3 Critérios de inclusão e exclusão	12
2.4 Análise e Interpretação dos Dados	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
4 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), visando assegurar o acesso universal aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva das mulheres, diante de uma realidade de abusos, desrespeito e maus-tratos à mulher durante o parto, em instituições de saúde, declara que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014).

No Brasil os partos permeados pela violência são maculados pela assistência obstétrica realizada sem respaldo científico, com agressividade e com violação dos direitos humanos básicos da mulher; este modelo de parto está presente em diversas instituições de saúde como, UBS, hospitais públicos e privados (SILVA et al., 2014).

A Violência Obstétrica (VO) é definida por qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher, com desrespeito à sua anatomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (SILVA et al., 2014).

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP) expõe que a VO se caracteriza pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Destaca que o grande desafio no enfrentamento da VO é a visão distorcida de parte da sociedade que percebe a violência como um processo normal e até necessário na parturição (SÃO PAULO, 2015).

A VO é um termo recente que despontou com a mobilização acerca da humanização do parto e difundiu-se após a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, em 2010, sobre violência no parto (CARNEIRO, 2015; BISCEGLI et al., 2015).

A vulnerabilidade da mulher grávida é uma condição preexistente à VO. Seu estado de ansiedade diante do “desconhecido” (parto/criança) e suas alterações hormonais e físicas são suficientes para deixá-la suscetível de condutas abusivas.

Esta fragilidade, própria da gestação, pode ser ou não agravada (AGUIAR et al., 2013). A legislação civil brasileira reconhece que há situações em que a pessoa já se encontra fragilizada e merece uma proteção legal especial e que uma mesma conduta pode atingir cada pessoa diferentemente. A vulnerabilidade é uma situação reconhecida pelo Código Civil Brasileiro (CC) como se verifica, por exemplo, no seu art. 152 (coação) que dispõe que devem ser consideradas as peculiaridades das pessoas (sexo, idade, condição, etc.) e no art. 156 (estado de perigo), em que considera a condição de fragilidade da pessoa (BRASIL, 2012).

Estudos constataam que a VO pode ocorrer durante o pré-natal, no trabalho de parto e parto, pós-parto e abortamento. Cerca de 25% das brasileiras nas redes públicas e privadas já se sentiram violentadas (CARNEIRO, 2015; SÃO PAULO, 2015; BISCEGLI et al., 2015).

Para o desenvolvimento deste estudo foram levantadas as seguintes questões norteadoras: a) o que é Violência Obstétrica e quais suas consequências? b) qual o papel dos envolvidos para minimizá-la?

Do exposto, o presente estudo tem por escopo analisar como o processo de parturição tem sido vivenciado pelas mulheres no Brasil e detectar as possíveis causas que desencadeiam a Violência Obstétrica; também, o que pode ser realizado para melhorar a participação da equipe de saúde e da mulher na parturição visando ao acolhimento da mulher e à garantia de uma assistência digna e holística.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa, que é um método de pesquisa que permite buscar, realizar uma avaliação crítica e elaborar uma síntese das evidências de múltiplos estudos publicados sobre o tema investigado. O percurso metodológico seguiu as seguintes etapas: Identificação do tema e seleção da hipótese; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos – amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados – categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão e interpretação dos resultados.

2.2 Coleta de dados

Sob este enfoque referencial o percurso metodológico foi composto por sucessivas etapas, iniciadas pela pesquisa no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS, BEDENF, Coleciona SUS e, MEDLINE.

O recorte temporal foi de 2012 a 2017 e os descritores utilizados foram Violência obstétrica, Parto, Enfermagem obstétrica e Responsabilidade.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão dos estudos foram: a) a percepção da mulher e dos profissionais da saúde envolvidos na obstetrícia (médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem) sobre a violência obstétrica; b) a responsabilidade dos enfermeiros obstetras quanto às consequências de seus atos e, c) o papel dos envolvidos para minimizar a violência obstétrica institucional. Critérios de exclusão: partos domiciliares, partos cesarianas, teses de mestrado, trabalhos de conclusão de cursos (TCC) e vídeos.

2.4 Análise e Interpretação dos Dados

Para atingir o objetivo da pesquisa foram necessárias duas buscas, pois quando aditado o descritor Responsabilidade à primeira, não se obteve resultado.

Na primeira busca, foi utilizado o descritor **Violência obstétrica** com 146 resultados. Acrescentando o descritor **Parto**, resultaram 83 artigos, sendo 60 com textos completos e disponíveis. Feita a primeira filtragem para publicações entre

2012 a 2017, restaram 47 artigos; texto completo disponível e no idioma português, 24 (LILACS: 13, BEDENF: 8, Coleciona SUS: 2, MEDLINE 1). Utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão e afastados os de publicação múltipla, foram selecionados 7 artigos (LILACS: 3, BDEFN: 3 e MEDLIFE: 1).

Na segunda busca, com os descritores **Enfermagem obstétrica** and **Responsabilidade** obteve-se 108 artigos sendo 20 com textos completos e disponíveis. Na filtragem para textos em português: 8; excluídas as publicações repetidas, restaram 2 artigos; filtrando pela data de publicação (2012 a 2017), apenas 1 artigo (LILACS), utilizado nesta revisão.

Para organização e análise dos dados extraídos dos artigos científicos foram elaboradas duas tabelas como sugere Pádua (2016). Os artigos selecionados estão organizados segundo o (s) Autor (es), título, base de dados e ano, objetivo e amostra (tabela 1); Autores e ano da publicação, resultados e conclusões (tabela 2).

Complementarmente, foram utilizados Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem e legislação COFEN e COREN, informativos publicados pelo Conselho Regional de Medicina dos Estados de São Paulo e Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Na área jurídica, livros de doutrina jurídica brasileira de 2012 a 2017 que abordam o tema da responsabilidade e suas consequências legais, Cartilha do Ministério Público do Estado de Pernambuco, Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, legislação brasileira constitucional, civil, consumidor e penal e publicações da Organização Mundial da Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram construídas duas tabelas (1 e 2) com o intuito de organizar as informações relevantes do material encontrado (PÁDUA, 2016).

Tabela 1. Identificação dos artigos que tratam sobre a temática abordada, segundo o (s) Autor (es), título, base de dados e ano da publicação, objetivo e amostra.

Autor (es)	Título	Base dados / ano	Objetivo	Método/amostra
WINCK, DR; BRUGGEMANN OM.; MONTICELLI, M.	Responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas	LILACS 2012	Identificar o conhecimento das enfermeiras obstétricas quanto à responsabilidade profissional na assistência ao parto.	Estudo qualitativo, de natureza exploratória, entrevistadas 11 enfermeiras atuantes na assistência ao parto em hospitais e/ou domicílio em Sta. Catarina, Brasil
AGUIAR, JM.; OLIVEIRA, AFPL.; SCHRAIBER, LB.	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.	MEDLI NE 2013	Discutir a violência institucional em maternidades	Pesquisa com 18 profissionais da saúde das redes pública e privada na cidade de São Paulo, Brasil.
SILVA, MG; MARCELINO, MC; RODRIGUES, LSP; TORO, RC; SHIMO, AKK.	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	BDENF 2014	Descrever a experiência de enfermeiras obstetras sobre violência obstétrica vivenciada, presenciada e	Relato de experiência de Enfermeiras atuantes em instituições de saúde UBS e hospitais privados e públicos da

			observada durante suas trajetórias profissionais.	cidade de São Paulo, Brasil.
CARNEIRO, R	Para chegar ao Bojador é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades	LILACS 2015	Refletir sobre os movimentos associativos e dissociativos que as experiências de dor/sofrimento podem desencadear, pensando sobre biossociabilidade e também sobre capturas discursivas e estigma.	Pesquisa com base em relatos e cenas de 2 grupos de gestantes e puérperas, articuladas a um recente documentário brasileiro, <i>Violência obstétrica: a voz das brasileiras</i> .
BISCEGLI, TS; GRIO, JM RIBEIRO, SRMI GONSAGA, RAT	Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo	BDEF 2015	Verificar a prevalência de VO na maternidade de um hospital escola e descrever as características do atendimento	Estudo transversal, descritivo com aplicação de questionário presencial respondido por 172 puérperas.
ANDRADE, PON; DINIZ, CMM.; SILVA, JQP; CAMINHA, MFC.	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em	LILACS 2016	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao	Estudos transversal, prospectivo, com 603 puérperas.

	Recife, PE.		parto vaginal em uma maternidade escola referência do Recife – PE.	
SILVA, RLV; LUCENA, KDT; DEININGER, LSC; MARTINS, V-D- M S; MONTEIRO, ACC; MOURA, RMA.	Violência obstétrica sob o olhar das usuárias	BDENF 2016	Investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica	Estudo descritivo, exploratório, abordagem qualitativa realizado em maternidade de referência de João Pessoa/PB, envolvendo oito mulheres.
OLIVEIRA, RF; COSTA, REOL; MONTE, NL; VERAS, JMMF; SÁ, MIMR;	Percepção das mulheres sobre violência obstétrica	BDENF 2017	Caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o processo parturitivo.	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 20 mulheres de uma maternidade pública referência em Teresina (PI).

Fonte: (elaborada pela autora)

Tabela 2: Identificação dos artigos pelos Autores e ano da publicação, resultados e conclusões.

Autores	Resultados	Conclusões
WINCK, DR; BRUGGEMANN, OM; MONTICELLI, M.	As enfermeiras conhecem pouco a respeito das repercussões legais do erro.	Necessidade de se investir na veiculação de informações e promoção de discussões sobre a temática no processo de formação profissional.
AGUIAR et al	Reconhecimento dos profissionais de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência a mulheres gestantes, parturientes e puérperas.	Banalização da violência institucional que, travestida de boa prática, acaba invisibilizada no cotidiano da assistência.
SILVA et al	Verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes, procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde e o despreparo institucional com ambientes desestruturados.	Nas rotinas de trabalho são vivenciadas e presenciadas inúmeras violências obstétricas; há dois tipos de assistência ao parto: a obstetrícia baseada em evidências e o modelo assistencial tradicional.
CARNEIRO, R..	Reflexões sobre as concepções de dor e de sofrimento na atualidade e sua relação com a violência, conjugando ambientes e fontes de pesquisa, e considerando hierarquias de gênero, políticas do corpo feminino, biopolítica e biomedicina	Mapeamento dos deslocamentos e percursos, usos e desusos de concepções de dor e de sofrimento a partir na narrativa de mulheres que criticam as taxas de cesáreas no Brasil e os procedimentos médicos de rotina.
BISCEGLI, TS; GRIO, JM;	Dentre as formas mais comuns de VO, prevaleceu a realização de procedimentos obstétricos	A VO acometeu 1/4 das mulheres. Necessário desenvolver ações de

RIBEIRO, SRMI; GONSAGA, RAT.	sem autorização e/ou esclarecimentos (27,3%).	sensibilização e orientação da equipe obstétrica, através de programas de capacitação e campanhas de prevenção
ANDRADE, PON; DINIZ, CMM; SILVA, JQP; CAMINHA, MFC.	A prevalência da violência obstétrica foi de 86,57%.	O grande número de intervenções obstétricas utilizadas consiste em um ato de VO. e demonstram que apesar do incentivo do MS para uma assistência humanizada os resultados ainda estão longe do recomendado.
SILVA, RLV; LUCENA, KDT; DEININGER, LSC; MARTINS, VDMS; MONTEIRO, ACC; MOURA, RMA.	As mulheres sofrem com a falta de humanização durante o trabalho de parto; o ato de parir que deveria ser um momento positivo para a mãe, transforma-se numa experiência negativa, na qual a maioria destas deseja esquecer	É fundamental que haja mais divulgação acerca da temática, para que as mães tomem conhecimento sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos, dando-lhes autoridade para que possam exigir melhor assistência tornando-as ativas nas decisões que concernem seus corpos.
OLIVEIRA, RF; COSTA, REOL; MONTE, NL; VERAS, JMMF; SÁ, MIMR.	Analisou-se o perfil sociodemográfico das mulheres. Após análise das entrevistas e considerando o objeto de estudo, emergiram duas categorias de violência: negligência na assistência e agressão verbal.	A violência foi caracterizada de diversas formas, envolvendo desde a negligência na assistência, a negativa de direitos e de informações esclarecedoras de diagnóstico, até as agressões verbais na hora do parto.

Fonte: (elaborada pela autora)

O trabalho de parto é um processo fisiológico que requer cuidado e acolhimento, pois pode ser influenciado pelo estado emocional, fatores ambientais, valores culturais e pelos próprios antecedentes da parturiente (BISCEGLI et al., 2015). Estudos demonstram que o fator determinante para uma experiência de parto

positiva é a confiança na equipe pela qual a mulher é assistida, demonstrada pelo carinho, paciência e calma com que são tratadas por estes profissionais (OLIVEIRA et al., 2017).

No Brasil, o modelo de assistência do trabalho de parto e parto é ainda conhecido pelo elevado intervencionismo que, por si só, pode consistir em um ato de violência obstétrica, mas que, concomitantemente, ainda são vistos como procedimentos normais e até comuns em muitas maternidades (ANDRADE et al., 2016).

O sofrimento e a dor estão aliados à violência (CARNEIRO, 2015). Encontram-se profissionais da saúde com falta de preparo e de cuidado (SILVA et al., 2014).

Embora o termo “violência obstétrica” seja relativamente novo, é antigo o desrespeito que as mulheres vêm sofrendo à sua saúde sexual e reprodutiva, ao buscarem atendimento (OLIVEIRA et al., 2017). Pesquisas demonstram que cerca de 25% das mulheres brasileiras sofrem violência no parto (CARNEIRO, 2015; BISCEGLI et al., 2015).

A violência obstétrica é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. [...] tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos (SÃO PAULO, 2015, p. 6).

Verifica-se que pode estar presente em todos os momentos do parto (SILVA et al, 2016) e no pós-parto (SÃO PAULO, 2015). Pode proceder tanto de médicos, quanto de enfermeiros obstetras, quanto de técnicos de enfermagem e ocorrer em instituições de saúde públicas e particulares (SILVA et al., 2016; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

A VO pode se manifestar nas formas verbal, física, psicológica e até sexual (BRASIL, 2015), provocando danos físicos, morais e sexuais às mulheres, bebês e familiares (SÃO PAULO, 2015; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). A Defensoria Pública de São Paulo elenca algumas condutas violentas: o atendimento de saúde no pré-natal sem acolhimento às necessidades e dúvidas da gestante; os

comentários constrangedores à mulher (cor, raça, escolaridade, idade, estado civil, crença, número de filhos, etc.); ofensas, humilhações ou xingamentos pessoais ou direcionadas a algum membro da família; ameaças à mulher em caso de não aceitação de algum procedimento; realização da episiotomia de maneira indiscriminada (sem indicação clínica); infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (ocitocina sintética) sem informação e concordância da mulher; realização de intervenções no corpo da mulher sem que elas sejam explicadas e que haja o consentimento desta; direito ao acompanhante negado; amarrar a mulher durante o parto; negativa ao direito à segunda opinião médica, em caso de divergência entre a mulher e o profissional de saúde; tricotomia; manobra de Kristeller; uso rotineiro de enema; realização frequente de exame de toque, de forma dolorosa, para verificar a dilatação; ausência de hidratação ou alimentação da parturiente durante o trabalho de parto; agendamento de cesárea sem a devida recomendação e sem consentimento da mulher; obrigar a mulher a permanecer sempre deitada; negar a analgesia (farmacológica e não-farmacológica) – ANVISA resolução n. 36/2008; no abortamento, recusa da internação ou a longa espera para atendimento - Código Penal (CP) art. 128: abortamento legal (SÃO PAULO, 2015).

Neste contexto, destaca que é direito da mulher receber “um atendimento justo e humanizado desde o início da gestação, até o nascimento da criança, além dos direitos de um bom atendimento para o recém-nascido” (SÃO PAULO, 2015).

A OMS recomenda o incentivo ao parto normal e a Enfermagem Obstétrica conquistou o direito à assistência do parto normal sem distócia, ampliando seu campo de atuação; no bojo deste processo, cresceram suas responsabilidades ética, civil, penal e administrativa (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012).

Na prática da saúde, há uma relação hierárquica entre profissional e o paciente, baseada na confiança e no saber científico. Mas cabe ressaltar que, moralmente não há qualquer hierarquia entre ambos (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Corre-se o risco de se perder a ética e o respeito no exercício desta autoridade, resultando em autoritarismo que macula os atos do profissional (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012). A equipe de saúde envolvida no trabalho de parto deve atuar isenta de autoritarismo, estimulando a participação e escolhas da parturiente (SILVA et al., 2016; ANDRADE et al., 2016).

Embora existam leis e políticas de saúde que garantem os direitos da mulher, ainda se observam transgressões que caracterizam a VO (BISCEGLI et al., 2015).

Convém ressaltar que os deveres éticos ultrapassam qualquer codificação. A assistência prestada deve ser embasada em princípios morais, consciência e comprometimento com a profissão e direitos humanos. É necessária uma atuação comprometida, ética e criteriosa. Entretanto, em ocorrendo um dano, material e/ou moral, surge a responsabilidade de reparação do mesmo. Todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto respondem por seus atos, não existindo elementos livres de responsabilização (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012).

O Código Civil Brasileiro (CC) de 2002, em seu Art. 186, dispõe que “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (BRASIL, 2012). O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) dispõe no Art. 38 que o Enfermeiro é responsável pelas faltas cometidas em atividades profissionais próprias e/ou da sua equipe (COFEN, 2007).

A natureza da responsabilidade legal do Enfermeiro Obstetra é contratual e sua obrigação é de meio, assim como a do médico, porque o compromisso firmado é a prestação do serviço com prudência e diligência para atingir um resultado, e não, a vinculação à obter o resultado. Para seu cumprimento, o profissional deve fazer uso de todos os meios materiais, técnico-científicos, éticos e morais evitando expor a parturiente e o nascituro a riscos desnecessários (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012). Sendo contratual, tem que haver consentimento, que é a manifestação da vontade pois contrato é convergência de vontades (CAMILLO; SMANIO, 2015; VENOSA, 2015).

Os atos danosos decorrem de conduta omissiva (fazer) ou comissiva (deixar de fazer) e, podem ser culposos (sem a intenção de praticá-lo) ou dolosos (com intenção ou assumindo seu risco). Como resultado, podem caracterizar infrações administrativa, ética, civil e penal (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012; VENOSA, 2015).

Na infração administrativa, o profissional da saúde responderá à instituição de saúde a que está vinculado e esta também pode ser responsabilizada pelo ato lesivo. O Código de Defesa do Consumidor (CDC), no Art. 14, considera que existe uma relação de consumo entre a instituição e o cliente; que a instituição é uma prestadora de serviços e, portanto, responsável (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012).

Na infração ética do Enfermeiro, a apuração e consequente punição são realizadas pelos Conselhos de Enfermagem Regionais e Federais (COREN, COFEN). São casos de ação, omissão ou conivência que impliquem em desobediência e/ou inobservância ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), conforme disposto no Art. 113 da Resolução Nº 311/2007 (COFEN, 2007; WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012). Ocorrendo a infração, seja por parte de profissionais de Enfermagem, seja por parte de instituições de saúde no que diz respeito ao atendimento e cuidados da equipe de Enfermagem, ela deve ser denunciada ao COREN. A denúncia pode ser feita por qualquer pessoa que julgue tê-la presenciado e deve ser elaborada com base no Art. 22 do CEPE (COFEN, 2007). Apurados os fatos e sendo instaurado o processo ético-disciplinar, serão cumpridas as etapas processuais e, por fim, será julgado em sessão plenária composta por 21 Conselheiros – no COREN de São Paulo - enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. As conciliações entre as partes são possíveis em qualquer fase do processo, exceto em ocorrências que envolvam óbito (Art. 23 § 1º do CEPE). As penalidades previstas são: advertência verbal, multa, censura, suspensão do exercício profissional e cassação do direito ao exercício profissional (Art.118, CEPE). Em caso de cassação, o processo é encaminhado ao COFEN que possui competência para julgá-lo. Em recente informativo do COREN publicado na Revista de Enfermagem n. 14, de 2016, p. 55-57, verifica-se que, entre os anos de 2012 e 2015, embora o número de sindicâncias envolvendo profissionais de Enfermagem tenha aumentado em mais de 300% em relação aos anos anteriores, estima-se que o aumento seja bem maior, pois muitas ocorrências éticas não são reportadas ao Conselho, fazendo com que estes números sejam subnotificados (COFEN, 2007; COREN, 2016).

Na infração civil, ocorrendo resultado danoso, a obrigação de reparação do mesmo é prevista no Art. 927 do CC que pode ocorrer judicial ou extrajudicialmente.

Os atos podem decorrer de culpa ou dolo. Havendo culpa, verifica-se se caracteriza negligência (omissão, inércia, inobservância dos deveres) ou imprudência (falta de cautela manifestada na conduta comissiva, intempestiva e insensata) (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012; BRASIL, 2012).

Na infração penal, a via reparatória é sempre judicial e as condutas puníveis devem estar descritas na legislação penal. Podem ser dolosas ou culposas. De acordo com o delito, a ação penal pode ser pública incondicionada, pública condicionada, ou privada. Na ação pública incondicionada, havendo indícios da autoria e materialidade do fato, o Ministério Público deve propor a ação, por meio da denúncia e manter sua condução até a decisão final; não necessita de quaisquer manifestações ou autorizações da vítima; é a regra nas ações penais. Exemplo, Art. 129, § 6º do Código Penal (CP): crime de lesão corporal culposa (BRITO; FABRETTI; LIMA, 2014; EQUIPE RT, 2017). Na ação pública condicionada o Ministério Público necessita de uma autorização da vítima ou de outra autoridade (requisição do Ministro da Justiça); neste caso, o interesse da vítima deverá ser seriamente considerado, mesmo em se tratando de um crime público. Por exemplo, o Art. 147 do CP: crime de ameaça. A ação penal privada depende exclusivamente da ação da vítima, que faz a acusação através da queixa-crime; o interesse privado sobrepõe ao coletivo, pois a “vítima poderá preferir o sigilo do fato à condenação do criminoso, pelos prejuízos morais e sociais que a exposição dos acontecimentos e os incômodos de um processo poderão causar”. Trata-se de uma exceção e deverá ter previsão na lei penal ou legislação especial. Como exemplo, o Art.140 do CP que prevê o crime de injúria (BRITO; FABRETTI; LIMA, 2014; EQUIPE RT, 2017).

Tipificar determinada conduta social como crime demonstra a relevância de um determinado bem jurídico dentro desta sociedade (BRITO; FABRETTI; LIMA, 2014).

Neste contexto, indaga-se: a Violência Obstétrica é crime?

Sim, na Argentina e Venezuela. No Brasil, não (SÃO PAULO, 2015).

No Brasil, ainda não há a lei penal que defina a Violência Obstétrica. Compete privativamente à União legislar sobre Direito Penal, em conformidade com o Art. 22, da Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88) (EQUIPE RT, 2017).

Neste sentido, expõe o brocardo jurídico que “*Nullum crimen, nulla poena sine lege*”, ou seja, “não haverá crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal” – Constituição Federal, 1988 (CF/88), Art. 5º, inc. XXXIX. Assim também disposto no CP Art. 1º: “não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal” (EQUIPE RT, 2017). Desta forma, para que a violência obstétrica possa ser penalmente punida, deverão ser individualizados os atos lesivos que a compõe e que estejam previstos pela legislação penal, como por exemplo, ameaça e lesão corporal, pois de acordo o Princípio da Legalidade a lei deve definir com precisão e de forma cristalina a conduta proibida (BITTENCOURT, 2014). Estes atos serão punidos criminalmente e não, a violência obstétrica.

Verifica-se que a Violência Obstétrica ocorre principalmente “durante o parto e pós-parto, num momento em que a mulher está em situação de vulnerabilidade, sem condições de se defender” (SÃO PAULO, 2015).

A vulnerabilidade é definida como: “1 Qualidade ou estado do que é vulnerável; 2 Suscetibilidade de ser ferido [...]; 3 [...] fragilidade” (MICHAELIS, 2017).

Diante disto, necessário o resgate do acolhimento da mulher e seu cuidado respeitoso em todo o ciclo gravídico-puerperal (SILVA et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) emite pareceres indicando normas de boas práticas para o parto que garantam o direito à dignidade da pessoa humana. Também alerta para o risco de intervenções que, quando feitas sem correta indicação, podem colocar em risco a vida da mãe e do bebê (BRASIL, 2015). A mulher deve ser acolhida e tratada com dignidade. Portanto, a humanização do parto é mais que uma escolha; é um direito conquistado para que todas as mães e bebês sejam respeitados no pré-natal, no parto e no pós-parto. O direito à dignidade é previsto no Art. 1º, III, CF/88 (BRASIL, 2015; EQUIPE RT, 2017).

Até então, constata-se um cenário de violência obstétrica. Indaga-se: o que pode ser feito para que ocorra uma mudança deste cenário? O passo inicial é o investimento no saber científico e no manejo do controle emocional dos profissionais – o que deveria ser inerente à obstetrícia, pois a confiança e o vínculo emocional entre equipe e parturiente contribuem para que a experiência do parto seja positiva

(SILVA et al., 2014). Verifica-se que a atualização sobre responsabilidade legal é tão importante quanto à científica e pode contribuir para melhorar a autoconfiança profissional e a consequente prevenção do erro, reforçando a necessidade de uma atuação comprometida, ética e criteriosa (BRASIL, 2015). A gestante tem o direito à informação. Alguns instrumentos já existentes têm o condão de empoderar a mulher e respaldar as condutas dos obstetras. São eles: Consentimento Informado, Plano de Parto, Cartão da Gestante, Partograma e Prontuário (SÃO PAULO, 2015).

O Consentimento Informado é uma exigência ética e legal. O profissional tem a obrigação ética de esclarecer a paciente sobre os procedimentos e tratamentos necessários e suas consequências, de forma clara e precisa e, em contrapartida, obter o consentimento correspondente, proporcionando uma relação profissional de saúde-paciente mais simétrica possível (CORREA, 2015; CREMESP, 2016; OLIVEIRA et al., 2017).

O Plano de Parto é um documento que deve ser desenvolvido em conjunto pela gestante e médico no decorrer do pré-natal e conter as escolhas da mulher para seu pré-parto, parto e pós-parto; pode ser feito em forma de carta que orientará os profissionais de saúde que prestarão assistência à parturição (BRASIL, 2015). Ampliar os conhecimentos sobre a assistência prestada à mulheres em TP e parto, torna-se uma ferramenta valiosa para a avaliação do processo de atenção no atendimento obstétrico (ANDRADE et al., 2016).

O Plano de Parto é uma das recomendações feitas pela OMS para melhoria das condições do parto (SÃO PAULO, 2015). Ele deve ser entregue à equipe de saúde e instituição onde ocorrerá o parto. A Associação Artemis e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo elaboraram um modelo para este documento, disponível na internet (SÃO PAULO, 2016).

O Cartão da Gestante é o instrumento que contém os registros das consultas do pré-natal, resultados de exames, vacinas e outras informações (amamentação, cuidados gestacionais, puericultura, planejamento reprodutivo), formando um histórico da gestação; é uma publicação dirigida aos profissionais e usuárias do SUS (SÃO PAULO, 2015); é importante apresentá-lo na instituição de saúde quando for ocorrer o parto porque servirá de balizador do mesmo (da ANS – obrigatoriedade do fornecimento à gestante) (BRASIL, 2015).

O Partograma, recomendado pela OMS (ANDRADE et al., 2016), é o registro gráfico da evolução do trabalho de parto (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012). Sua correta utilização auxilia o obstetra no diagnóstico de anormalidades que possam surgir no decorrer do parto podendo, inclusive, justificar a indicação da operação cesariana (BRASIL, 2015). A OMS defende a realização do parto cesariana somente quando medicamente necessária, visando à prevenção das mortalidades materna e neonatal (OMS, 2014).

O Prontuário é o registro das informações inerentes ao processo de cuidar necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência. Pode ser feito em papel ou em formato eletrônico e é responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem de acordo com a Resolução COFEN nº 429/2012; deve ser minuciosamente preenchido, com todos os apontamentos e relatórios tendo em vista que é um dos elementos mais valorizados quando da avaliação de um procedimento (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012; COFEN, 2012). É imprescindível que os profissionais tenham mais rigor nas anotações das intervenções realizadas nos prontuários (ANDRADE et al., 2016). Quando da avaliação de um procedimento, os elementos mais valorizados são os registros no prontuário (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012).

4 CONCLUSÃO

A violência obstétrica é o ato omissivo ou comissivo, culposo ou doloso, proveniente do profissional da saúde que assiste a gestante, parturiente ou puérpera causando-lhe prejuízos físicos e/ou emocionais. Entre este ato e o resultado danoso deve existir um nexo de causalidade para que caracterize a responsabilidade legal do enfermeiro gerando o dever de reparação. Os atos lesivos podem caracterizar infrações administrativas, éticas, civis e penais, todas puníveis.

Cabe aos agentes envolvidos neste contexto agir de forma a minimizar este quadro de violência. Os profissionais, atuando com ética, respeito, embasamento técnico-científico, dispostos a dirimir as dúvidas de suas pacientes sobre o processo da parturição, modificações físicas e emocionais contribuem para a formação de um vínculo de confiança com a parturiente que se sentirá empoderada para expressar seus sentimentos e escolhas adquirindo condições físicas e emocionais para participar ativamente da parturição. O ideal é que estas ações educativas ocorram durante o pré-natal e a enfermagem tem papel fundamental neste processo.

A evolução do parto institucionalizado normal ou cesárea trouxe mudanças tecnológicas e comportamentais. A mulher emancipou-se, fortaleceu-se, adquiriu direitos e deveres. No entanto, quando gestante, encontra-se vulnerável em decorrência das alterações físicas e emocionais e este estado de vulnerabilidade acrescido da falta de vínculo com o obstetra e equipe de saúde contribuem para o surgimento de atos lesivos físicos e morais, caracterizadores da Violência Obstétrica.

Assim sendo, a equipe de saúde deve estar capacitada a prestar um atendimento digno, respeitoso, holístico e humanizado, preservando a integridade física e emocional da mulher. Para este fim, a sociedade está se mobilizando, as mulheres estão se manifestando, Conselhos de Ética, Organizações Não Governamentais (ONGs), órgãos do Poder Público, estão atentos à problemática.

No Brasil, a Violência Obstétrica ainda não é crime. No entanto, não basta tipificar penalmente uma conduta e punir os infratores da lei para que a conduta

desapareça. É necessária uma conscientização e desenvolvimento de um trabalho conjunto, multiprofissional, profundo e sério, pois requer mudanças de comportamento.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; d'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p. 2287-2296, nov. 2013.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.16, n.1, p. 29-37, jan./mar. 2016.

BISCEGLI, Terezinha Soares et al. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **CuidArte Enferm**, Catanduva, v.9, n.1, p. 18-25, jan./jun. 2015.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte geral**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. v.1. 954 p.

BRASIL. **Código civil brasileiro**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 160p.

BRASIL. Ministério Público de Pernambuco. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015. Disponível em: <<http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

BRITO, Alexis Couto de; FABRETTI, Humberto Barrionuevo; LIMA, Marco Antônio Ferreira. **Processo penal brasileiro**. 2. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Atlas, 2014.

CAMILLO, Carlos Eduardo Nicoletti; SMANIO, Giampaolo Poggio. A iatrogenia e sua repercussão na responsabilidade civil do médico. In: SCALQUETTE, Ana Claudia Silva; CAMILLO, Carlos Eduardo Nicoletti (Coord.). **Direito e medicina: novas fronteiras da ciência jurídica**. São Paulo: Atlas, 2015. Cap.6, p. 77-92.

CARNEIRO, Rosamaria. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 91-112, ago. 2015.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. **Manual de orientação trabalhos acadêmicos**. 4. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2015. Disponível em:<<http://www.saocamilo-sp.br/biblioteca/manual-4a-edicao-2015-outubro.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311/2007, de 09 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 2007. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 13 maio. 2016.

_____. Resolução COFEN nº 429/2012, de 8 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 2012 Jun 8. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 13 maio. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. São Paulo. Panorama do processo ético no Coren-SP. **Enfermagem Revista**, São Paulo, n.14, p.55-57, 2016. Disponível em: <http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/revista_coren_sp_marco_2016.pdf>. Acesso em: 3 set. 2016.

CORREA, Márcia Maria de Barros. Direito de informação e consentimento informado. In: SCALQUETTE, Ana Claudia Silva; CAMILLO, Carlos Eduardo Nicoletti (Coord.). **Direito e medicina: novas fronteiras da ciência jurídica**. São Paulo: Atlas, 2015. Cap. 2, p.19-28.

CREMESP. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de ética em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Cremesp; 2016. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6>. Acesso em: 14 abr.2016.

EQUIPE RT. **RT Mini código 2017**: código penal, código de processo penal, constituição federal, legislação penal e processual penal. 18 ed. São Paulo: RT, 2017. 1296p.

MICHAELIS DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Melhoramentos. 2017. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

OLIVEIRA, Tayse Ribeiro de et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 1, p.40-46, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. WHO/RHR, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017.

PÁDUA, Elizabete Matallo Marchesini de. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 18 ed. rev. ampl. Campinas: Papyrus, 2016. p. 139-142.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo: DPESP, 2015. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2016.

_____. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Plano de Parto**. São Paulo: Artemis, 2016. Disponível em: <<http://www.warmis.org/images/Modelo-de-plano-de-Parto-Artemis-Defensoria.pdf>>. Acesso em: 29 fev.2016.

SILVA, Michelle Gonçalves da et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n.4, p. 720-728, 2014.

SILVA, Raissa Lins Vieira da et al. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4474-4480, dez. 2016.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil. Teoria geral das obrigações e teoria geral dos contratos**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2015. v. 2. 672p.

WINCK, Daniela Ries; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; MONTICELLI, Marisa. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-370, abr./jun. 2012.