

AUTONOMIA DA GESTANTE E PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O NECESSÁRIO DELINEAMENTO DE LIMITES ÉTICOS JURÍDICOS¹

AUTONOMY OF PREGNANT AND PRACTICE OF OBSTETRIC VIOLENCE: THE NECESSARY DEVELOPMENT OF LEGAL ETHICAL LIMITS

Karina Santos Oliveira²

RESUMO:

O presente trabalho teve como enfoque principal a violência praticada contra a mulher, em seu período gestacional. A violência obstétrica é evidenciada pela violência de gênero, em que provoca a violação dos direitos humanos, sendo materializada através da imposição realizada pela equipe médica em praticar intervenções muitas vezes desnecessárias no ambiente hospitalar. Com o advento da industrialização e medicalização surge um novo paradigma de assistência ao parto, passando a ser gerenciado através das instituições de saúde e equipe médica especializada na área de obstetrícia, em que assume o controle total de todo o processo de parturição, retirando assim, a mulher-gestante de ser a protagonista da sua própria história, reduzindo a sua autonomia e tornando-a vulnerável diante das práticas abusivas adotadas pela equipe multidisciplinar. Para respaldar tais afirmativas, buscaram-se informações em artigos publicados em periódicos, legislação, trabalhos de diversos autores que procuram firmar seus conceitos dentro da abordagem sugerida.

Palavras-chave: violência obstétrica; autonomia; vulnerabilidade; limites éticos e jurídicos.

ABSTRACT:

The main focus of this study was violence practiced against women during their gestational period. Obstetric violence is evidenced by gender violence, in which it causes human rights violations and is materialized through the imposition by medical staff of practicing interventions that are often unnecessary in the hospital environment. With the advent of industrialization and medicalization, a new paradigm of childbirth care emerges, being managed through health institutions and specialized medical staff in the area of obstetrics, in which it assumes total control of the entire parturition process, the pregnant woman being the protagonist of her own history, reducing her autonomy and making her vulnerable to the abusive practices adopted by the multidisciplinary team. In order to support such statements, information was sought in articles published in periodicals, legislation, and works of several authors who seek to establish their concepts within the suggested approach.

Keywords: obstetrical violence; autonomy; vulnerability; ethical and legal limits.

SUMÁRIO:

1 INTRODUÇÃO 2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA OBSTETRÍCIA NA VIVÊNCIA DOS ABUSOS COMETIDOS CONTRA A MULHER 3 A PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 3.1 PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA OBSTETRÍCIA QUE VIOLAM A AUTONOMIA DA GESTANTE DESENCADEANDO PATOLOGIAS 4 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE: PRESSUPOSTOS A SEREM CONSIDERADOS 5 O COMBATE À PRÁTICA A PARTIR DO DELINEAMENTO DOS LIMITES ÉTICO-JURÍDICOS 6 CONCLUSÃO REFERÊNCIAS

¹ Este artigo foi produzido ao longo da pesquisa de conclusão de curso - TCC sob a orientação da Professora Doutora Ana Thereza Meirelles, Universidade Católica do Salvador, 2018.2.

² Graduanda do Curso de Direito da Universidade Católica do Salvador.

1 INTRODUÇÃO

No dia-dia das unidades de saúde em que atende um determinado público restrito de mulheres em decorrência do estado gravídico, no qual se encontra, nota-se, também, a existência de uma selecionada classe de profissionais especializados no atendimento à mulher frente à situação de gestação e parto.

Esse pequeno mundo restrito focado especialmente no período gravídico e no parto tem alarmado as estatísticas realizadas em todo Brasil, em decorrência de um simples fato: as práticas de violência obstétricas.

No entanto, os profissionais especializados para atender à mulher no seu período mais “caloroso” e cheio de expectativas quanto ao futuro de esperança que está por vir, consegue, de certo modo, fragilizar a autonomia da gestante frente às condutas obstétricas que são adotadas pela equipe multidisciplinar, muitas vezes sem o consentimento da mulher, violando o seu próprio íntimo psicológico, físico, familiar, ambulatorial e hospitalar.

Essa violação da vontade expressa pela gestante acaba por desenvolver patologias muitas vezes irreparáveis, em decorrência das práticas de violência obstétricas desencadeadas por profissionais que deveriam ser qualificados e humanizados no atendimento da gestante, fazendo com que a vontade da equipe multidisciplinar seja prevalecida em face da autonomia da própria gestante.

Desse modo, questiona-se: Quais são os adequados parâmetros de atuação dos profissionais da saúde face à gestação e parto, de modo a coibir a prática da violência obstétrica? Como garantir a autonomia da gestante durante o procedimento obstétrico?

Desta forma, observa-se a necessidade de repensar as condutas adotadas pelos profissionais especializados na área de atendimento obstétrico, em face à gestação e parto, de modo que venha a coibir as práticas de violência obstétricas e por consequente esclarecer as mulheres dos abusos sofridos por elas que muitas vezes são passados pela equipe de saúde como sendo um procedimento necessário naquele momento, cerceando o direito de escolha da gestante.

O esclarecimento devido garantirá de certa forma a autonomia da gestante durante todo o período de gestação e parto em relação ao prevalecimento da sua estrita vontade nos procedimentos obstétricos.

Repensar a atenção qualificada e humanizada à mulher gestante em todas as suas fases (pré-natal, parto, puerpério /pós-parto) garante uma melhor clareza e

transparência na adequação dos parâmetros de atuação profissional frente ao estado gravídico e parto, coibindo as práticas abusivas de violência obstétrica.

Nota-se que, os procedimentos adotados pela equipe multidisciplinar corroboram sensivelmente na elevação dos índices das práticas abusivas de violência obstétrica por profissionais da área de saúde, durante toda a sua atuação profissional no atendimento da mulher, no período gestacional que compreende a gestação, parto e pós- parto, cerceando a livre vontade e autônoma da mulher na escolha mais adequada segundo a sua vontade expressa ao tipo terapêutico seguro para ambas as partes, gestante e equipe multidisciplinar.

Os parâmetros éticos jurídicos dos limites do delineamento da autonomia da gestante são capazes de concretizar uma forma de garantir a vontade expressa em relação aos procedimentos obstétricos que serão adotados coibindo a prática dos profissionais de saúde na sua atuação frente à gestação e parto como forma de coibir a prática de violência obstétrica.

Conseqüentemente, o objetivo geral é identificar os parâmetros adequados de atuação dos profissionais da saúde face à gestação e parto de modo a coibir a prática da violência obstétrica, de modo a garantir a autonomia da gestante durante o procedimento obstétrico.

A Constituição Federal aponta a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental na garantia da autonomia da gestante durante o procedimento obstétrico. Além disso, o conselho de ética que envolve os profissionais relacionados à especialização de obstetrícia resguarda os parâmetros adequados de atuação profissional da área de saúde face à gestação e parto, com a finalidade de coibir a prática da violência obstétrica.

Torna-se relevante então atrelar a legislação vigente ao esclarecimento da população em relação às práticas de violência obstétricas, a fim de coibir as condutas inadequadas de atuação dos profissionais da saúde face à gestação e parto, garantindo a autonomia da gestante durante o procedimento obstétrico, reduzindo de certa forma as patologias desenvolvidas pela gestante em decorrência da violação de sua autonomia e as praticas de violência obstétrica.

A pesquisa tem natureza bibliográfica e possui como método científico, a análise hipotético-dedutiva, onde se buscou analisar artigos científicos publicados em periódicos nacionais e estrangeiros, livros, pareceres e a legislação vigente, com vistas a alcançar de forma satisfatória o aprofundamento teórico do tema proposto.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA OBSTETRÍCIA NA VIVÊNCIA DOS ABUSOS COMETIDOS CONTRA A MULHER

Desde as civilizações mais antigas, o nascimento era considerado um acontecimento histórico no seio da comunidade que agregava cada mulher-gestante, em que sensibilizava as pessoas mais próximas e familiares da parturiente, principalmente a mãe que acabava de gerar e parir a sua cria, aquela que sempre deverá ser tratada seguindo o princípio da dignidade da pessoa humana e o respeito irrestrito durante todo o ciclo gestacional (BARROS; RUVIARO; RICHTER, 2017, p. 69).

O parto, seguindo os primórdios de sua constituição mais antiga, ocorria exclusivamente através dos cuidados dedicados pelas parteiras ou comadres que tinham uma proximidade com a parturiente e sua família, sendo figuras que eram pessoas consideradas de confiança da gestante ou até mesmo eram aquelas que possuíam reconhecida experiência na comunidade em que viviam e moravam, bem como as que detinham algum saber acerca dos mecanismos de reprodução (PROGIANTI; BARREIRA, 2001, p. 96).

Com o advento da progressiva industrialização e evolução da sociedade, o parto passou a sofrer com esse desenvolvimento progressivo, algumas modificações no seu contexto inicial evolutivo, passando a ser visto como parte de uma linha de produção industrial, em que a equipe médica passa a ser a protagonista do parto e não mais a parturiente, que perde a sua autonomia frente às intervenções, procedimentos e hospitalização, reduzindo assim, o espaço para o cuidado individual e humanizado da parturiente, bem como a perda das necessidades individuais de cada mulher-gestante (BARBOZA; MOTA, 2016, p.128-129).

Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam esses conceitos, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.12).

O momento do parto, antes visto como um evento natural e fisiológico era realizado por mulheres parteiras ou comadres com a abrangência individualizada da gestante na dimensão psicológica e espiritual, visando o bem estar da parturiente na prática de uma assistência voltada à humanização. Apesar disso, a evolução das práticas médicas foram inevitáveis e o parto passou a ser realizado hegemonicamente pelos médicos com o surgimento da medicina no século XVIII, bem como a especialização médica voltadas para a

obstetrícia. Ocorreu, assim, uma progressiva “patologização” e “medicalização do parto”, que se transformou num espaço puramente de domínio e controle do saber médico sobre o corpo da mulher (BARBOZA; MOTA, 2016, p.128-129).

O parto e o nascimento de um filho são eventos que sensibilizam e marcam a vida da parturiente e de sua família. Infelizmente, muitas vezes, são lembrados como uma experiência traumática, vivenciada pela mulher durante todo o período que compreende a gestação mais precisamente no período de parto, em que a maioria das parturientes sofre algum tipo de violência obstétrica praticado pela equipe médica ou multidisciplinar, sentindo-se de certa forma em toda a sua dimensão psicológica, física ou sexual, agredidas, desrespeitadas e violentadas por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência humanizada (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.7).

Com o surgimento das práticas e procedimentos desenvolvidos com o avanço na medicina na seara da saúde da mulher e a evolução da especialidade de obstetrícia, as práticas de assistência a gestante desenvolvidas por parteiras no seu ambiente domiciliar, bem como na comunidade, foram substituídas gradativamente pela patologização do parto e sua consequente medicalização, em que as práticas e procedimentos desenvolvidos a nível ambulatorial e hospitalar passam a assumir o controle total desse processo e objetiva a mulher que esta inserida nesse contexto, a perda da autonomia sobre teu corpo, gerando por consequente o sofrimento de agressões físicas, psicológicas e sexuais nas maternidades, e ao invés de cuidado é desenvolvido relações de opressão nestas instituições. (BARBOZA; MOTA, 2016, p. 119).

As práticas carregadas de significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher, atravessadas pelas ideologias médica e de gênero, se tornam naturalizadas na cultura institucional. Esses significados favorecem as condições de existência e perpetuação desse tipo de violência que, por sua vez, não deve ser compreendida apenas como reflexo das precárias condições de trabalho dos profissionais (ZANARDO *et al.*, 2017, p. 9).

A dor enfrentada pelas parturientes no parto, no Brasil, muitas vezes é expressa como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, em decorrência das práticas de violência obstétrica institucionalizada e, por conseguinte, a respeito de profissionais de saúde que deveriam prestar um atendimento humanizado, acaba criando ou muitas vezes reforçando um sentimento de total incapacidade, inadequação e impotência da parturiente com o processo fisiológico do seu corpo atrelado a violação de sua autonomia (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.7).

Igualmente, a vivência dos maus tratos submetidos pelas parturientes no ambiente institucional, na maioria das vezes, segundo a opinião de alguns autores,

encontram-se associados às práticas discriminatórias por parte dos profissionais de saúde, mais precisamente quanto ao gênero, enredados com atos de discriminação étnica, bem como de classe social, implícito na permanência de uma ideologia arraigada que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma vulnerabilidade, inferioridade física e moral da mulher-gestante que consente que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle social através da prática médica (AGUIAR, 2010, p. 4).

O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê. Se por um lado, o avanço da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 4).

Desta forma, Barboza e Mota (2016, p.128-129) reforçam o que é preconizado nas normas estabelecidas nas diretrizes de assistência ao parto normal e cesárea, a partir do momento que relatam à estruturação de uma relação estritamente dependente da equipe médica e por consequente, o aumento da medicalização atrelado à perda de autonomia da parturiente, que passou a ser considerado um objeto de intervenção das práticas da obstetrícia, bem como das regras que são instituídas e reproduzidas pelo machismo imposto pela sociedade e pelas relações de desigualdades de gênero.

A prática da violência obstétrica tem abrangência mundial, não estando adstrita somente no Brasil, mas em todo o mundo, em que existem relatos de várias mulheres terem experimentado abusos e desrespeito durante a assistência ao parto nas instituições de saúde, sendo privadas ou públicas, através de atitudes que caracterizam a denominada violência obstétrica. Desta forma, muitos países instituíram legislações voltadas para coibir as práticas de violência obstétricas na mulher-gestante (BARROS; RUVIARO; RICHTER, 2017, p. 69).

3 PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Desde os primórdios da civilização mundial, as mulheres passaram por diversos tipos de violências sendo vítimas da própria sociedade, em que utilizavam diversas formas de repressão e violência que são praticadas ao longo da história. Segundo a Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*, 1996), a violência caracteriza-se pela imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis em uma boa parte das

mulheres que se encontram em estado de vulnerabilidade. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica praticada por profissionais de saúde dentro de instituição hospitalar e ambulatorial, como um tipo específico de violência contra a mulher-gestante (ZANARDO *et al.*, 2017, p. 4-5).

Por sua vez, a violência contra a mulher é definida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, no seu art. 1º como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. E no art. 6º determina que o direito de toda mulher a ser livre de violência, abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 129).

Com tal característica, a violência obstétrica vem por muitos anos afligir as mulheres-gestantes mundialmente, não sendo diferente no Brasil. Com isso, há disseminação de várias denominações terminológicas utilizadas para designar um mesmo fenômeno que acomete na ceara obstétrica, diante do cerceamento da autonomia e vulnerabilidade de gênero, tais como: “violência de gênero no parto e aborto; violência no parto; abuso obstétrico; violência institucional de gênero no parto e aborto; crueldade no parto; assistência desumana/desumanizada; violações dos direitos humanos das mulheres no parto; desrespeito e maus-tratos durante o parto”, bem como violência psicológica na parturiente pela equipe multidisciplinar (RODRIGUES *et al.*, 2018, p.241).

Não obstante, a OMS vem a todo o momento enfatizar a respeito da violência psicológica sofrida pelas mulheres, principalmente a categoria das mulheres-gestantes que sofrem através da violação da autonomia pela equipe médica, em que determina o tipo de procedimento que será adotado, sem ao menos informar a parturiente o que será realizado, bem como a violência verbal que termina por atingir o psicológico da gestante, diante da vulnerabilidade em que se encontra. Desta forma, a OMS acaba estabelecendo de forma clara e objetiva, a descrição do que seja violência psicológica sofrida contra as mulheres, condenando as práticas médicas que são adotadas no ambiente hospitalar público ou privado, quando diz que:

A violência psicológica é uma forma ainda invisibilizada e cruel de agressão contra a mulher e uma das mais recorrentes no ambiente médico-hospitalar. A violência obstétrica psicológica caracteriza-se por: a) privação de informações à parturiente acerca dos procedimentos realizados; b) realização de comentários ofensivos, insultuosos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios; c) tratar a parturiente de forma grosseira, agressiva, não empática e zombeteira; d) expor a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança; e) recriminação pelos comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções; f) procrastinação do contato entre a mãe e o neonato; g) recriminar a parturiente por qualquer característica ou ato físico, tais como: altura, peso, opção sexual, raça,

pelos, evacuação, estrias, etc., dentre outras práticas amplamente condenadas (SAUAIA; SERRA, 2016, p.139).

Sendo assim, um dos objetivos centrais para o enfrentamento e promoção de políticas públicas ao combate da violência obstétrica praticadas por profissionais de saúde que terminam por empregar a sua autonomia de forma desumana e discriminatória diante da vulnerabilidade da parturiente e da criança no contexto da concepção, parto e nascimento, bem como a proibição de acompanhante em todo o processo gestacional e após o mesmo, restringindo a livre escolha da gestante em ter resguardado a garantia que esta expressa na Lei nº 11.108/2005, seja para as instituições hospitalares públicas ou privadas que devem resguardar o que esta regulamentada por essa Lei (RODRIGUES *et al.*, 2018, p.241).

De acordo com o entendimento da OMS (2014, p. 01), os preceitos legais estabelecidos a fim de resguardar a todas as mulheres o direito ao mais elevado padrão de saúde que se pode conhecer, incluindo em todo o processo assistencial desenvolvido para as mulheres de forma digna e respeitosa durante toda a concepção ao parto, o direito de uma vida livre de qualquer tipo de violência, bem como de qualquer tipo de discriminação decorrente de gênero.

Igualmente, em relação à violência praticada e vivenciada pelas mulheres na assistência à saúde ao parto, que vem sendo disseminada através do poder e autoridade médica no processo que envolve a “parturição”, diante da vulnerabilidade e fragilidade da parturiente que necessita dos cuidados da equipe multidisciplinar, sendo colocada pela equipe médica como um sujeito incapaz de tomar as suas próprias decisões, bem como de reconhecer as suas necessidades no período do parto (RODRIGUES *et al.*, 2018, p.241).

Vale salientar que a compreensão da violência obstétrica não está delineada apenas no aspecto físico e sim de forma abrangente no que tange a violência de gênero, por isso que se fala sempre nela.

A violência de gênero é responsável por um importante adoecimento físico e psíquico das mulheres, que são expostas a uma realidade de agressão cotidiana que provoca sofrimento e repercussões na saúde mental de quem vivencia essas situações. No contexto do parto, momento de vulnerabilidades e necessidade de cuidado e acolhimento, essa violência se expressa de forma naturalizada e institucional, muitas vezes de forma invisível (BARBOZA; MOTA, 2016, p.128).

No intuito de fortalecer a concepção da violência obstétrica como foco no gênero, as pesquisadoras Sauaia e Serra (2016, p.128) descrevem que a violência obstétrica é evidenciada pela violência de gênero, em que provoca a violação dos direitos humanos, definida constantemente pela verdadeira imposição realizada pela equipe médica em praticar

várias intervenções que muitas vezes são maléficas à integridade física, psicológica, fisiológica e sexual das parturientes que estão sob os seus cuidados, perpetrando tais condutas aos novos profissionais de saúde, tendo total permissão dada pelas próprias instituições de saúde, nas quais tais mulheres são atendidas.

As diversas definições existentes sobre a denominação de violência obstétrica acabam por permitir a busca pelo estudo que aborde a referida temática, com a finalidade de que possa contribuir significativamente como uma forma de estratégia para o enfrentamento de forma eficaz no combate as práticas de violência enfrentadas pelas mulheres, garantindo através de legislações o restabelecimento da dignidade da parturiente e seu bebê, bem como de sua autonomia diante de todo o contexto gestacional e “parturição” (RODRIGUES *et al.*, 2018, p.244-245).

Em diversos países, a violência obstétrica tem preocupado alguns estudiosos em decorrência da sua disseminação rápida de maneira preocupante e muitas vezes silenciosa, haja vista as diversas parturientes que são vítimas dessa prática de violência desempenhadas pela medicalização da equipe médica, não conseguem se quer perceber que foram vítimas de tal prática. Por diversas questões envolvendo a parte cultural, o parto tem sido ainda considerado como um momento de “dor necessária”. E essa dor é repassada por geração em geração durante a evolução humana, desencadeando situações desagradáveis para a parturiente e uma sensação de frustração diante de um momento que deveria ser de tranquilidade e gratificante para a mulher. Quando a gestante no período de parto imediato consegue perceber que sofreu algum tipo de violência praticado pela equipe médica, por muitas vezes costuma se calar e silenciar por conta do medo que tem de serem abandonadas pela equipe no momento de maior vulnerabilidade, bem como de não realizar nenhum tipo de denuncia as autoridades competentes, haja vista pensar que a equipe que praticou tamanho desrespeito não poderá ser responsabilizada pela conduta considerada como violência e não ser apoiada pelas autoridades e nem pela comunidade onde reside (SAUAIA; SERRA 2016, p.132).

Vivencia-se muito nas unidades de assistência voltadas para a gestante, vários tipos de violência, sendo bastante comuns às agressões verbais com usos dialetos desrespeitosos, além de procedimentos realizados pela equipe médica sendo considerados desnecessários, em que desencadeiam sofrimento e dor a parturiente, bem como a falta de informações prestadas pela equipe multidisciplinar das decisões que deveriam ser compartilhadas com o consentimento da mulher, prevalecendo a sua autonomia sobre o teu corpo e o processo de “parturição” (BARBOZA; MOTA, 2016, p.128-129).

As mulheres usuárias dos serviços públicos e privados de assistência à parturiente na rede hospitalar de saúde são atendidas por profissionais especializados na área de obstetrícia que prestam assistência médica, muitas das vezes, utilizando intervenções desnecessárias na parturiente podendo gerar complicações danosas, prejudiciais, bem como perigosas. Às vezes, a mulher que esta no ambiente hospitalar e é submetida à violência obstétrica, acaba por ceder às intervenções impostas pela equipe médica, muitas vezes desnecessárias para poder se livrar do local, em que se encontra e por consequente se adaptam rapidamente ao ambiente que lhe é imposto, silenciando-se perante a equipe médica, com a finalidade de evitar mais dor e sofrimento. Desta forma, vale salientar que, as mudanças referentes às condutas e práticas adotadas na assistência à parturiente devem ser estabelecidas de modo a coibir as intervenções desnecessárias praticadas pela equipe médica (ZANARDO *et al.*, 2017, p.9).

Assim, como outros fatores contribuem de forma negativa para que a mulher violentada não denuncie os abusos sofridos durante todo o período de gestação, parto e pós-parto, praticados pela equipe multidisciplinar, em decorrência de achar que não possui provas suficientes do ato de violência, por desacreditar na justiça do país, bem como do próprio desconhecimento de atitudes que se configuram como violência obstétrica, achando que a equipe multidisciplinar que participou de todo o contexto de atendimento prestado à mulher, agiu de forma certa e necessária, para que o momento vivido da gestante fosse eternizado de forma “única”, mascarando os abusos praticados nos procedimentos que configuram como violência obstétrica (SAUAIA; SERRA 2016, p.132).

Essas práticas de violência sofridas pela parturiente acabam por desencadear sofrimento e fragilizam de certo modo a autonomia da mulher, que passam por vezes a internalizar esse sentimento de angustia vivenciado pela violência obstétrica afetando diretamente o seu psicológico e em outros momentos as mulheres costumam enfrentar a equipe médica e passam a fazer questionamentos referentes às condutas adotadas sem o consentimento da parturiente e as praticadas dentro das instituições de assistência hospitalar (BARBOZA; MOTA, 2016, p.128-129).

Diante dos diversos abusos, desumanidade, negligência, descortesia durante o período de parto praticados pela equipe médica, sendo demonstrado a total violação dos direitos humanos fundamentais e a dignidade da parturiente frente às condutas desastrosas praticadas contra a mulher na assistência médica, descumprindo inclusive as normas e princípios adotados internacionalmente para a proteção da gestante e de seu filho (OMS, 2014, p. 1-2).

Segundo Zanardo *et al.* (2017, p.5) “a violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina”.

Demonstrou-se, assim, a necessidade de políticas públicas para a concretização e afirmação dos direitos das mulheres na sociedade e foi trazido o Projeto de Lei 7.633/2014 referente ao parto humanizado, no qual foram pontuadas as questões que podem suprir e reparar os direitos fundamentais violados em decorrência da violência obstétrica (BARROS; RUVIARO; RICHTER, 2017, p.94).

Em especial, segundo as normas e legislação internacional são garantidas as mulheres-gestante o direito a igualdade de assistência prestada de forma respeitosa e digna, bem como de possui a liberdade em procurar informações distintas da equipe que lhe forneceu, de receberem informações fidedignas e também de dar informações pertinentes ao caso que as afligem, não sofrendo nenhum tipo de discriminação em decorrência do seu livre arbítrio de exercer a sua autonomia quanto mulher possuidora de direitos, por consequente, usufruir de forma significativa do mais alto padrão de saúde, sendo ela: física, mental, sexual e reprodutiva (OMS, 2014, p. 2).

A subjetividade dos “direitos à liberdade de informação, saúde, dignidade” é pressuposto fundamental para a efetivação de batalhas impostas contra as práticas de violência obstétrica desenvolvidas pela equipe que presta assistência direta a parturiente, sendo obrigação Estatal de resguardar estes direitos. Almeja-se que as políticas públicas sejam voltadas no combate as práticas de violência contra a mulher, possuindo uma atuação efetiva pelo governo em priorizar e cumprir os programas e normas estabelecidos, a fim de resguarda a mulher em situação de vulnerabilidade (BARROS; RUVIARO; RICHTER 2017, p.94-95).

3.1 PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA OSTÉTRICIA QUE VIOLAM A AUTONOMIA DA GESTANTE DESENCADEANDO PATOLOGIAS

Ao longo dos anos, mais precisamente com a consolidação das praticas da especialidade médica voltadas para a obstetrícia e no atendimento a mulher a nível hospitalar e ambulatorial, encontrou-se a proliferação de procedimentos passados de geração em geração para os novos e futuros profissionais que se dedicam a esta especialidade da medicina.

Deste modo, os procedimentos adotados nas práticas destinados aos atendimentos na assistência multidisciplinar obstétrica encontraram seu verdadeiro apogeu na força hierárquica e autoritária praticados por profissionais que foram de certo modo treinados e disciplinados durante sua formação acadêmica- prático para impor a superioridade em

detrimento da autonomia e vulnerabilidade que a mulher se encontrava e encontra como mero “objeto” das práticas e caprichos adotados pela equipe médica.

Vale ressaltar que, durante o atendimento da gestante no período de parto imediato, procedimentos são adotados na maioria das vezes sem o consentimento da mulher, desencadeando a violência obstétrica praticada pela equipe médica através da violação nos aspectos psicológicos, físicos e sexuais da parturiente.

Diante dos diversos procedimentos adotados no atendimento à mulher gestante, vale destacar as práticas mais usuais no âmbito do atendimento ao parto, presentes nas modalidades pesquisadas que são consideradas muitas vezes contra indicadas, haja vista modificar o transcurso natural do parto fisiológico, trazendo transtornos psicológicos, fisiológicos, bem como sexuais no cotidiano pós-traumáticos para as mulheres que vivenciaram na prática os abusos da violência obstétrica.

Igualmente, a violência obstétrica costuma ser descrita como violência verbal ou psicológica, em que caracteriza a imposição da equipe em determinar de forma verbal através de agressões, ameaças, humilhações, com o intuito de prevalecer o seu poder hierárquico e autoritário sobre a mulher que se encontra fragilizada, bem como vulnerável as determinações impostas. Observa-se também a violência física, em que são utilizados procedimentos sem o devido consentimento da mulher, tais como: ocitocina, cesariana, episiotomia, proibição de acompanhante durante o trabalho de parto, proibição de movimentação no leito, proibição de hidratação oral e alimentação (dieta zero), imposição de posição ginecológica ou litotomia, manobra de kristeller, exame de toques vaginais sucessivos.

Durante o parto, as formas mais comuns deste tipo de violência são: a recusa de admissão em hospital ou maternidade, gerando a chamada peregrinação por leito; impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia de rotina; manobra de Kristeller; cesáreas eletivas; restrição da posição do parto; violência psicológica; impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o trabalho de parto; impedir o alojamento conjunto da mãe e o neonato; impedir ou dificultar o aleitamento materno; além de outros procedimentos dolorosos, desnecessários e humilhantes, tais como: uso rotineiro de lavagem intestinal (enema), retirada dos pelos pubianos (tricotomia), posição ginecológica com portas abertas, exames de toque sucessivos e por pessoas diferentes para verificar a dilatação, privação de alimentos e água, imobilização de braços e pernas, etc. (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 133).

Em relação ao parto vaginal, segundo Diniz (2005, p.630-631), a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias acaba por perturbar e até mesmo inibir o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção

médica, transformando-se em um contexto de intolerância, desrespeito, ocasionando uma experiência traumática vivenciada pela mulher, gerando terror, impotência, vulnerabilidade, alienação e dor.

A restrição da posição para o parto conforme a preferência da mulher constitui-se como uma das formas mais frequentes de violência obstétrica. O uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos, prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do neonato. (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 137).

Segundo informações na base de dados do Ministério da Saúde (2015, p. 17-18), o crescente número de cirurgias invasivas durante o trabalho de parto, mais precisamente os procedimentos cirúrgicos, cesarianas, que ocorrem no Brasil indicam a relevância da atual discussão a respeito do tema, principalmente da ocorrência de cirurgias cesáreas desnecessárias, em que as mulheres são submetidas, conforme a vontade médica. Desta forma, só são consideradas desnecessárias aquelas operações que ocorrem quando não há indicativo ou situação que coloque em risco a saúde da gestante ou do bebê e, portanto, exigiriam intervenção através de procedimento cirúrgico.

Ocorre que atualmente existem indicações para adoção da cesariana como procedimento prioritário para a manutenção da integridade física da mãe e do feto. Quando essa indicação é inexistente o procedimento realizado por escolha médica passa ser denominado como cesariana eletiva. Por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesariana apresenta seus riscos tanto para a mãe, quanto para a criança que esta por vir, desta forma existem pré-requisitos para que essa escolha de parto seja realizada com segurança (CAVALCANTE, 2016, p.5).

Desta forma, a cesárea eletiva é aquela realizada sem nenhuma necessidade clínica que evidencie alguma alteração patológica, bem como nenhum tipo de risco para a mulher ou recém-nascido, podendo ser agendada e feita conforme a conveniência da equipe médica, antes mesmo de ser desencadeado o início do trabalho de parto, desviando muitas vezes a mulher quanto à sua real necessidade e também muitas vezes coagindo-a para que essa seja a única escolha favorável naquele momento (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 137).

Sem a indicação correta do procedimento imposto, a realização da cirurgia cesárea pode ocasionar o aumento de risco e complicações graves para a mãe e sua criança, podendo levar inclusive a elevação da mortalidade materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.17-18).

Assim sendo, a conduta médica de persuadir a mulher no período do pré-natal informando os benefícios da cesariana, com o objetivo de transmitir que essa seria a

melhor escolha, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (DINIZ, 2005, p. 631).

Além disso, a equipe médica costuma também utilizar no ambiente hospitalar no período de parto a introdução do soro intravenoso na parturiente, em que acaba por prejudicar a capacidade de mudança de posição da gestante, dificultando a forma de lidar com as contrações uterinas, bem como de impossibilitar o relaxamento do corpo. A administração da ocitocina sintética pela via venosa é uma prática corriqueira e muitas das vezes desnecessária em partos que sigam o transcurso natural. Em face do grande número de procedimentos praticados atualmente pela equipe médica, vem sendo, o mais usual (CUNHA, 2015, p.14).

A ocitocina sintética (artificial) usada de maneira indiscriminada, apenas para acelerar o trabalho de parto, sem indicação correta, aplicada no soro da parturiente, causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada pode causar sérias complicações para a mulher e o neonato, podendo levar desde a dor e sofrimento desnecessários ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral ao mesmo (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 136).

A indução do trabalho de parto através da administração via endovenosa da ocitocina sintética prescrita pela equipe médica não é isenta de riscos e complicações em que a parturiente é submetida. Sendo que, as suas possíveis complicações são ruptura uterina, infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento ou morte fetal e falha da indução. Salientando-se que uma das complicações de ruptura uterina com o uso da referida medicação pode ocorrer significativamente nas parturientes que já possui a presença de cicatriz cesariana anterior, mas também há relatos mesmo na ausência de cicatriz uterina (SOUZA *et al*, 2010, p.190).

A função principal da ocitocina no período do parto é possibilitar que as contrações uterinas sejam efetuadas de forma ritmada até o nascimento da criança. Quando a mulher entra em trabalho de parto, naturalmente, a ocitocina produzida pelo seu próprio organismo encarrega-se de promover as contrações uterinas de forma a seguir o transcurso natural e fisiológico do trabalho de parto, fornecendo uma maior segurança para a mãe e seu filho (CUNHA, 2015, p.14).

Da mesma maneira, a equipe médica que costuma utilizar de forma corriqueira medicação na via venosa, através da dissolução de ocitocina no soro da parturiente, com o objetivo de acelerar o trabalho de parto, esse hormônio é responsável por acelera o processo de contrações uterinas diminuindo o prolongamento de horas desprendidas

no trabalho de parto pela equipe médica, entretanto, vale salientar que o próprio corpo se encarrega de produzi-lo (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 136).

Diante da escolha médica em introduzir a ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto, esse procedimento muitas das vezes pode desencadear complicações para o nascituro, em decorrência das excessivas contrações uterinas provocadas na parturiente, desencadeando a síndrome de hiperestimulação uterina, gerando sofrimento fetal como consequência a elevação dos índices de óbito do nascituro (SOUZA *et al.*, 2010, p.190).

Outra prática imposta para a parturiente pela equipe médica é a posição de litotomia ou ginecológica, dentre todas as existentes, é a menos recomendada, haja vista impossibilitar o transcurso natural do trabalho de parto, a expulsão da criança é dificultada em decorrência da força despreendida pela gestante na luta constante contra o centro gravitacional, o peso do nascituro fica concentrado sobre os ossos do cóccix, o que impede a dilatação total e natural do colo uterino, bem como a tensão dos músculos do períneo pela posição das pernas da parturiente, aumentando desta forma os riscos de laceração. Entretanto, é ainda a posição mais adotada pelos obstetras, por permitir uma melhor visualização da vagina da gestante pelo profissional médico que esta lhe acompanhando no parto imediato, possibilitando também um maior manejo nas possíveis intervenções, como episiotomia e uso de fórceps (CUNHA, 2015, p.15).

Apesar de amplamente utilizada, a episiotomia é repassada entre professores e alunos de medicina, reafirmando ao longo do tempo a necessidade para a consolidação da execução desse procedimento nas parturientes que estão em trabalho de parto normal, porém, sem o devido respaldo científico da sua real necessidade. Como resultado desta corrente devotada, tem-se o uso quase unânime dessa intervenção cirúrgica, com a necessidade de anestesia, sutura e ainda com riscos de infecção e erro onde, na realidade, deveria ocorrer o desencadeamento do processo natural, fisiológico do trabalho de parto, sem a necessidade de maiores intervenções médicas (CUNHA, 2015, p.16).

A episiotomia caracteriza-se por um procedimento cirúrgico realizado pelos médicos com a finalidade de alargar a abertura do canal vaginal através de uma incisão realizada na vulva, no qual é realizado por meio de um corte na entrada da vagina, utilizando-se uma tesoura ou bisturi, sendo obrigatório o uso de anestesia local para a realização do procedimento, mas alguns profissionais realizam o procedimento sem a aplicação do anestésico, provocando um maior sofrimento a parturiente. Quando realizado o procedimento cirúrgico, o mesmo termina por afetar diversas estruturas do períneo da mulher, sendo os mais acometidos, os músculos, vasos sanguíneos e tendões, desencadeando em algumas parturientes, casos de incontinência urinária e fecal, bem como ocasionando outras

complicações, dentre elas a dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração perineal em partos subsequentes, maior volume de sangramento, além dos resultados estéticos insatisfatórios. (PREVIATTI; SOUZA, 2007, p.197-198).

Além dos riscos cirúrgicos provocados pelo procedimento da episiotomia, que é realizado uma incisão em uma região íntima da mulher comumente causa de danos psicológicos graves em decorrência das sequelas que por ventura podem ocasionar de forma negativa durante o ato e a posteriori, violando a autonomia da mulher que muitas vezes não consentem a realização do procedimento pela equipe médica (CUNHA, 2015, p.15-17).

É fato que a episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica. É fato também que, os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidências científicas atuais, bem como, as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantêm um enfoque intervencionista e assim subtraem da mulher-parturiente a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia. (PREVIATTI; SOUZA, 2007, p. 198).

Outro procedimento muito usual nos hospitais pelos profissionais é a manobra de Kristeller, usada com frequência nas unidades hospitalares com a finalidade de acelerar o processo de expulsão do feto, em que consiste no emprego da força ou manobra na parte superior do útero, durante as contrações uterinas no período do parto imediato, com o objetivo de empurrar a criança em direção à pelve. Nesta manobra, os profissionais que acompanham a parturiente acabam por utilizar a força das mãos, braço, antebraço, joelho, e em casos mais absurdos as pessoas sobem em cima do abdômen da parturiente para imprimir força adequada na expulsão do nascituro, provocando assim, um quadro de dor física a mulher e possíveis consequências danosas da escolha desse procedimento (SAUAIA; SERRA, 2016, p.135).

Vale salientar que as práticas no cuidado na assistência obstétrica como episiotomia; manobra de Kristeller; proibição de movimento; imposição da posição ginecológica ou litotômica; proibição de acompanhante durante o trabalho de parto e parto e pós-parto; toda e qualquer ação ou procedimento que seja realizado sem o consentimento da mulher e que não seja baseado em evidências científicas atuais, sejam de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material, são consideradas violência obstétrica (RODRIGUES *et al*, 2018, p.244).

Destarte que as práticas abusivas e violentas sem o consentimento da parturiente ferem a dignidade da pessoa humana, bem como provoca alterações patológicas, fisiológicas, cerceando o direito de livre escolha adequada da gestante para que venha a ter um parto seguro e tranquilo, prevalecendo, assim, sua autonomia quanto ser possuidor de direitos.

4 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE: PRESSUPOSTOS A SEREM CONSIDERADOS

Cabe à mulher do ponto de vista reprodutiva carregar no seu frente desde as fases da concepção embrionária e fetal um ser (indivíduo), este ser tem previsão de viver aproximadamente nove meses no útero materno, se tudo ocorrer bem.

É um período de grande expectativa para a mulher e toda a sua família que deseja sempre a vinda de uma criança sadia em todos os seus aspectos. Porém, a mulher desde sua tenra idade vive cercada de informações, de vivências e constatações adquiridas no seio da própria família (mãe, irmã, prima, etc.), ou fora dela (amigas, conhecidas, mídia, casa de saúde), tirando daí suas conclusões sobre a gestação e o parto. Não devemos pensar que são todas totalmente desinformadas.

Primíparas enfrentam o parto com muitas dúvidas. Já as multíparas levam um pouco mais de vantagens, pelo fato de já terem vivenciado a maternidade. Ambas, na sua grande maioria carregam dúvidas e desinformações a respeito de todo o processo que culminam com o pós-parto. Com as colocações descritas a cima, pode-se sugerir que chegou a hora da mulher ter autonomia para decidir qual o tipo de parto é melhor para ela – o humanizado ou a cesariana. Ainda se discute o significado do que é verdadeiramente autonomia. “Segundo as ciências jurídicas, o conceito diz que é autônoma a pessoa de maior idade, capaz de decidir livremente sobre as questões de sua vida ou de seus dependentes e, conseqüentemente suportar as decorrência de suas decisões” (GUIMARÃES; NOVAIS, 1999, p.1).

O surgimento da vulnerabilidade no contexto da experimentação humana e como classificação atribuída a algumas pessoas é determinado por fatores históricos: o recurso a sujeitos de experimentação no desenvolvimento da investigação biomédica foi crescendo ao longo da primeira metade do século XX, recorrendo a grupos de pessoas desprotegidas ou institucionalizadas como órfãos, prisioneiros, idosos e, mais tarde, judeus e outros grupos étnicos, considerados inferiores e mesmo subumanos pelos nazistas, ou povos, como os chineses, que os japoneses também exploraram em prol da prossecução dos seus objetivos científicos e militares. São, sobretudo, estes grupos que vêm a ser classificados como vulneráveis, aos quais se juntaram, também, posteriormente, e em contextos mais ampliados, outras etnias minoritárias, grupos socialmente desfavorecidos e as mulheres (NEVES, 2006, p.159).

O conceito de vulnerabilidade tem sido disseminado pelo mundo, utilizando-se dos preceitos éticos atrelados na pesquisa como forma de sua criação originária. Desta forma, esse referido conceito costuma a ser apresentados nas pesquisas através do código de ética, servindo para especificar uma determinada categoria da população que

precisa de uma atenção especial, com a finalidade de resguardar a sua proteção (LUNA, 2008, p.1).

Uma parcela da população intitulada como classe vulnerável pelos pesquisadores e estudiosos a respeito do tema de vulnerabilidade, são pessoas que se encontram em situação precária e vulneráveis quanto a sua autonomia reduzida, em decorrência de fatores que contribuem de forma negativa em todo o processo social que se encontram, tais como: "condições sociais, culturais, educacionais, econômicas e, em certos casos, de saúde que as colocam à margem dos processos produtivos da sociedade onde vivem" (GUIMARÃES; SPINK; ANTUNES, 1997, p.1).

O conceito de vulnerabilidade não deve ser pensado como um rótulo ou como um conceito preto e branco, mas baseado na ideia de camadas de vulnerabilidade. Nesse sentido, negar a validade da ideia de vulnerabilidade pode ser mais confortável do que reconhecê-la e fornecer salvaguardas seriamente para evitar consequências prejudiciais (LUNA, 2008, p.12-13; 3).

A vulnerabilidade é função de uma relação social, cultural, política e econômica desigual e, como consequência de uma relação de desigualdade, pode manifestar-se de modo individual ao coletivo, manifestar-se entre indivíduos, entre diferentes grupos (GUIMARÃES; NOVAES, 1999, p.2).

Sem sombra de dúvida, não é de uma bioética como esta que os grupos e as pessoas socialmente vulneráveis necessitam para a defesa de seus direitos e interesses, mas de uma bioética capaz de, por um lado, romper com as amarras da transcendência etnocêntrica das teorias principialistas e, por outro, contestar as estruturas de privilégio que a perseguem. Para isso, é fundamental a consideração de perspectivas teóricas bioéticas compromissadas com a opressão social e a desigualdade de poder, pois, caso contrário, a bioética se converterá em um recurso argumentativo sedutor para a legitimação dos interesses hegemônicos de cada sociedade. Ignorar as experiências, os interesses e mesmo a vida moral dos tradicionalmente postos à parte das reflexões bioéticas, sejam eles os vulneráveis, os oprimidos, os desiguais ou meramente os imorais, fará com que o fantasma do elitismo, do absolutismo e do imperialismo ronde cada vez mais intensamente a bioética (DINIZ; GUILHEM, 1999, p.4).

Vale salientar que, uma parte das "pessoas, grupos ou populações" se encontram por muitas vezes em condições de vulnerabilidades e, a depender do contexto que estão inseridas, podem continuar a serem vulneráveis, haja vista se não existem aspectos favoráveis para que esse contexto possa se modificar, manterão as mesmas características. (GUIMARÃES; NOVAES, 1999, p.2).

A redução da autonomia pode ser também caracterizada pela imposição legal, em decorrência da menor idade imposta pela legislação, no qual o indivíduo não possui de fato (GUIMARÃES, *et al.*, 1997, p.1).

A autonomia está ligada a cada pessoa e não é extensível a um grupo ou população. A expressão da autonomia do sujeito, da sua liberdade para consentir, se concretiza no consentimento após-informação e esta permissão é dada por cada sujeito,

individualmente. Ninguém pode, eticamente, consentir por outro que possua autonomia plena e, quando isto se faz, a decisão é nula e eticamente incorreta. É importante lembrar que nos casos de autonomia reduzida, quando o responsável ou tutor legal decide pelo outro, a decisão deve ser respeitada mesmo quando, no entender de um observador neutro, possa estar errada (GUIMARÃES; NOVAES, 1999, p. 1).

A autonomia de alguns grupos de pessoas não é tão amplificada, em decorrência de fatores de incidência na esfera de causas temporárias ou definitivas de ordem biológica, social ou política (GUIMARÃES; NOVAES, 1999, p.1).

Da dignidade humana deduzimos habitualmente a proteção da vida e, a partir desta, inclusa e inerente, a proteção da saúde. Pode assim pensar-se que o desiderato do mais elevado nível de saúde constitui tanto uma questão de justiça e de humanismo como uma obrigação dos Estados. Por isso, requer-se que o Estado assegure e assuma a proteção do direito a cuidados de saúde. Compreende-se que, para uma plena realização da existência humana no que respeita à esfera da saúde, é relevante tanto a criação de condições como a sua efetivação. Por isso, o acesso a cuidados e a informação de saúde não têm apenas relação com o enquadramento jurídico do país, mas dependem substancialmente da vontade política, ou seja, das políticas de saúde e da forma como os processos e as práticas de cuidados são desenvolvidos. (NUNES, 2014, p.122-123).

A mulher não pode estar sozinha neste momento tão bonito que sinaliza a vinda de um bebê tão sonhado e esperado. Haverá de ser maximizado tudo que possa fortalecer o seu íntimo, buscando a cada vez mais a maturidade, e assim deixar de ser vulnerável e firmar sua autonomia, usando bom senso para prevalecer a sua decisão conjunta frente às práticas sugeridas para o seu parto, podendo assim celebrar a vida e também o bem estar físico, mental e social de mãe e filho.

5 O COMBATE À PRÁTICA A PARTE DO DELINEAMENTO DOS LIMITES ÉTICOS – JURÍDICOS

No mundo inteiro, muitas mulheres vivenciam no seu dia-a-dia o sofrimento de diversas violências que as acometem, sendo descritas através de abusos, desrespeito e maus-tratos, possuindo uma evidência significativa na obstetrícia através da violência obstétrica sofrida por mulheres gestantes em todo o processo que envolve o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos fundamentais das mulheres ao cuidado digno e respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física, psicológica e a não discriminação. Esta declaração traduz uma convocação para desenvolver uma maior ação, diálogo, pesquisa e principalmente, uma mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos voltados para a mulher em situação de vulnerabilidade e cerceamento de sua autonomia (OMS, 2014, p.1).

As violações atinentes as gestantes em todas as suas fases e os abusos impostos na assistência médico hospitalar são coibidos pelo próprio texto da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado e resguardado a parturiente através das legislações vigentes, direitos inerentes à pessoa humana, sendo um sujeito que esta amparado por prerrogativas atreladas aos princípios constitucionais, como: “princípio da dignidade da pessoa humana, o princípio da igualdade, princípio da legalidade, bem como a proteção à vida, à saúde, à maternidade e à infância” (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 130).

No Brasil, a violência obstétrica não se desencadeia puramente nas relações desenvolvidas nas questões específicas ao acesso à saúde nas unidades especializadas ao atendimento da gestante durante todo o seu ciclo gestacional, bem como na qualidade da assistência prestada pela equipe multidisciplinar e a participação da mulher como protagonista de todo o processo que envolve a assistência especializada na atenção à obstetrícia, participando de forma ativa nas escolhas cabíveis entre equipe e parturiente no processo de cuidado, considerando assim a prevalência das informações repassadas às gestantes e seu consentimento ao respectivo processo terapêutico, garantindo, assim, a satisfação do atendimento, resguardando o direito de ter um acompanhante de sua escolha em todo o processo de gestação, parto e pós-parto, devem ser o foco de uma política voltada na humanização do atendimento (ANDRADE; LIMA, 2014, 22-24).

Igualmente, a violência obstétrica dentro da sua dimensão, corresponde a uma forma específica da violência de gênero, uma vez que há aproveitamento de forma arbitrária do conhecimento científico por parte da equipe multidisciplinar no controle da estruturação fisiológica, psicológica, bem como da sexualidade das parturientes (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 129).

A partir do ano 2000, a violência obstétrica passou a ser amplamente debatida em todo o Brasil com a construção da Política Nacional de Humanização do Parto, que possui como objetivo primordial transformar a realidade existente atualmente para uma assistência ao parto que priorize os preceitos da dignidade humana, autonomia da parturiente, bem como a qualidade da assistência prestada às parturientes no Brasil (BARBOZA; MOTA, 2016, p.129).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com

dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.5-6).

Além de coibir o tratamento desrespeitoso no atendimento a parturiente, infringindo por muitas vezes o princípio da dignidade da pessoa humana, bem como na assistência prestada pela equipe multidisciplinar especializada na obstetrícia frente à atenção prestada no atendimento a gestante nas unidades de saúde, violando os direitos humanos previstos na Carta Magna de 1988, da mesma maneira nos acordos internacionais firmados pelo Brasil, em que por vezes acaba impedindo que as mulheres acessem os serviços de saúde no período que compreende o parto. Em alguns países do mundo, as agências regulamentadoras de saúde controlam o processo sistematizado do parto, bem como a exposição da parturiente a riscos e intervenções pela equipe médica, interferindo de forma ativa através da medicalização e impossibilitando o transcurso natural do parto (OMS, 2018, p.142-144).

Percebe-se ainda a necessidade de divulgação do tema por meio de políticas públicas de prevenção, bem como a necessidade de conscientização da população em geral acerca do parto humanizado para que as parturientes possam efetivamente reconhecer e passar a pleitear seus direitos, pois, infelizmente, o número expressivo de mulheres que sofrem violência obstétrica ainda não pode ser mensurado através dos casos que chegam aos tribunais (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 144).

Embora o desrespeito e os maus-tratos praticados a gestante possam ocorrer em qualquer período do processo gestacional, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam fragilizadas diante da autoridade da equipe médica em determinar as condutas que serão adotadas sem o consentimento da mulher, tornando-as vulneráveis durante o processo de parto. Tais práticas podem ter consequências irreparáveis na parturiente e o bebê (OMS, 2014, p.1).

Vale ressaltar que o Brasil desenvolveu no seu sistema jurídico a ampliação de leis que são capazes de resguardar um melhor respaldo legal a gestante. Desta forma, o Decreto nº 1.973/1996, conhecido mais precisamente de Convenção de Belém do Pará, tem o principal objetivo na prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher. Esse decreto vem com o intuito de fortalecer a autonomia da mulher que se encontra em situação de vulnerabilidade, coibindo as práticas de violência contra a mulher, bem como fortalecendo o Estado, Municípios, Territórios a adotarem medidas específicas voltadas para

as mulheres e inclusive a elaboração de programas voltados para a assistência das mulheres em situação de vulnerabilidade.

Em âmbito Nacional, no ano de 2005 foi instituída a Lei nº 11.108/2005 que resguarda a presença de acompanhante durante a gestação, parto e pós-parto. Diante dos abusos cometidos pela equipe multiprofissional nas unidades ambulatorial e hospitalar, em que restringia a presença de qualquer acompanhante com a mulher-gestante, fazendo com que sua autonomia de escolha fosse cerceada. Para tanto, foi preciso estabelecer um legislação que amparasse e resguardasse o direito de escolha da gestante em ter presente em todos os momentos da evolução do período gravídico um acompanhante, em que fosse respeitada a sua escolha.

Em 2011, foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde a rede cegonha, que teve seu fortalecimento através da Portaria nº 1.459/2011, em que institui a atenção voltada para a mulher em busca da sua autonomia e pessoa portadora de direitos, a cobertura através do planejamento familiar reprodutivo, bem como à atenção humanizada no período gestacional, parto e pós- parto, sendo intitulada como Rede Cegonha.

A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.1).

Vale ressaltar que, a Portaria nº 1.459/2011 foi alterada pela Portaria nº 2.351/2011, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, modificando a forma de custeio, cálculos de novos investimentos para a Rede Cegonha.

No que tange à violência de gênero pode-se considerar as violências física, sexual e psicológica ocorridas tanto no âmbito privado quanto público, e podendo ser perpetradas inclusive pelo Estado e seus agentes. Tal tipo de violência manifesta-se por meio das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais ocorridas entre homens e mulheres. (SAUAIA; SERRA, 2016, p.129).

Porém, a efetiva mudança do cenário existente no Brasil e no mundo, em relação à violência obstétrica contra mulheres-gestantes e a constante violação de sua autonomia diante da vulnerabilidade existente no cerceamento pela equipe multidisciplinar da gestante, em ser a própria protagonista de sua história, exige mais do que políticas de saúde, sendo primordial a superação do vínculo de poder e de superioridade sobre a mulher para a elaboração de um novo modelo assistencial a parturiente (BARBOZA; MOTA, 2016, p.128-129).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa foi lastreada no processo que compreende a concepção até o pós-parto nas mulheres-gestantes que sofrem ao cerceamento da sua autonomia diante das práticas abusivas realizadas pela equipe de saúde que, através da medicalização e industrialização da obstetrícia, realizam procedimentos sem o consentimento da parturiente que foge do transcurso natural e fisiológico do parto, violando assim, a integridade física, psíquica e sexual das mulheres em estado de vulnerabilidade.

A violência obstétrica consiste em uma violação dos direitos fundamentais da mulher praticados por profissionais da saúde, principalmente os especializados na área de obstetrícia, que violam os princípios constitucionais e legislações existentes no mundo, fornecendo uma assistência inadequada, por quanto deveriam ser colocados todos os recursos disponíveis em prol da mais perfeita assistência livre de danos decorrentes da ineficiência das práticas procedimentais, executadas muitas vezes sem o consentimento da mulher, e até mesmo contando com a omissão das instituições prestadoras de assistência e com a complacência do Estado, que tem o dever legal de zelar pela proteção das mulheres em situação de vulnerabilidade.

Não se pode apenas responsabilizar somente a equipe multidisciplinar que está à frente de garantir uma assistência adequada à gestante, diante da precariedade encontrada nos serviços públicos e particulares, contendo uma demanda elevada de pacientes para poucos profissionais, frente aos precários recursos materiais existentes nas instituições de saúde.

É imperiosa, a maior participação do Estado e o envolvimento de outras instituições para orientar, fiscalizar e até punir os responsáveis, se for o caso, bem como invocar o apoio da sociedade para se juntar a essa nobre causa. Não podem estar de fora entidades de classe, tais como: conselhos e associações, escolas, Universidades, casas de saúde, hospitais, e tudo mais que puder beneficiar o combate da violência obstétrica.

Outrossim, é de fundamental importância que se modifique a mentalidade das pessoas através de políticas adotadas que esclareçam o significado da violência obstétrica através dos danos provocados nos seios das famílias, fortalecendo as praticas de apoio às mulheres vitimas da violência a denunciarem os seus agressores.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação

em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, 2010. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ANDRADE, M. A. C; LIMA, J. B. M. de. C. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. Bloco 1. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BARBOZA, Luciana P.; MOTA, Alessivânia. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. Vol. 5, N. 1, Salvador, 2016. Disponível em:<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BARROS, Bruno M. C. de; RUVIARO, Rianne; RICHTER, Daniela. A Violação Dos Direitos Fundamentais Na Hora Do Parto: Uma Análise Da Autonomia e Empoderamento da Mulher. Revista Direitos Sociais e Políticas Pública (UNIFAFIBE). ISSN 2318-5732 – vol. 5, N. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/204>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República. Brasília, DF, 05 out 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 01 mar. 2018.

_____. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Lei nº 11.108, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. (2015). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) –Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Versão Resumida. Brasília- DF. 2017. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/2011, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Programa Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília-DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. SAS – Brasília/DF – Jan./2013 – 5.000 ex. – Editora MS/CGDI/SAA – OS 2013/0168. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2018.

CAVALCANTE, L. de A. O Parto No Brasil: pressupostos para uma Assistência Humanizada à Gestante e ao Nascituro. Revista CRM-PR, V.33, N.131, 2016. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/761/745>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CUNHA, C. C. A. Violência Obstétrica: Uma Análise Sob O Prisma Dos Direitos Fundamentais. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2018.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3), 627-637, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2018.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética Feminista: o Resgate Político do Conceito de Vulnerabilidade. Revista Bioética, V.7, N.2, 1999. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/310/449>. Acesso em: 4 abr. 2018.

GUIMARÃES, M. C. S.; SPINK, M. J. P.; ANTUNES, M. Do Respeito à Compreensão das Diferenças: um olhar sobre a autonomia. Revista Bioética. V.5, n 1, 1997. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/359/460>. Acesso em: 14 mar. 2018.

GUIMARÃES, Maria C. S.; NOVAES, Sylvia Caiuby. Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. *Revista Bioética*. V.7, n 1, 1999. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288>. Acesso em: 14 mar. 2018.

LUNA, F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. Publicado en *Jurisprudencia Argentina*, IV, fascículo N° 1, 2008, pp.: 60-67. Disponível em: <http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F%5B1%5D._Vulnerabilidad_la_metafora_de_las_capas.pdf>. Acesso em: set. 2018.

NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, V.2, n.2, 2006. Disponível em: <[file:///C:/Users/Karina/Downloads/7966-Texto%20do%20artigo-13743-1-10-20180508%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Karina/Downloads/7966-Texto%20do%20artigo-13743-1-10-20180508%20(3).pdf)>. Acesso em: 29 mai. 2018.

NUNES, L. Responsabilidade e poder nas políticas e nos cuidados de saúde: a participação como imperativo. *Bioética e Políticas Públicas*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa Portugal, 2014. Disponível em: <http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1430322317_Livro%20politicass_publicas.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2018.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 20 mai. 2018.

PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. de. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a12v60n2.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. de A.. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. *R Enferm UERJ* 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=284374&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; VIEIRA, R. S.; LEÃO, D. C. M. R.; PAULA, E. de; PIMENTEL, M. M. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Revista de Enfermagem, UFPE, Recife*, 12 (1): 236-46 Jan., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

SAUAIA, A. da S. e S.; SERRA, M. C. de M. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade | e-ISSN: 2526-0022, Brasília, v. 2, n. 1, p. 128 - 147 - Jan/Jun, 2016. Disponível em: <<http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

SOUZA, A. S. R.; COSTA, A. A. R.; COUTINHO, I.; NORONHA NETO, C.; AMORIM, M. M. R. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. FEMINA, Abril 2010, vol 38, nº 41, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>. Acesso em: 16 mai.2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

ZANARDO, G. L. de P.; URIBE, M. C.; NADA, A. H. R. de; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade, 29: e155043. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil, ano 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018.