

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

JOANA ANDRADE FIGUEIRA DAMICO

BIOÉTICA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REFLEXÕES SOBRE AUTONOMIA

CURITIBA

2023

JOANA ANDRADE FIGUEIRA DAMICO

BIOÉTICA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REFLEXÕES SOBRE AUTONOMIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética. Área de Concentração: Bioética, Humanização e Cuidados Paliativos. Escola de Medicina e Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Mario Antônio Sanches

CURITIBA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Margareth Jansson Zanetti – CRB 9/1117

D158b
2023 Damico, Joana Andrade Figueira
Bioética e violência obstétrica : reflexões sobre autonomia / Joana Andrade Figueira Damico ; orientador: Mario Antônio Sanches. – 2023.
54 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2023
Inclui bibliografias

1. Bioética. 2. Violência obstétrica. 3. Autonomia profissional. 4. Médicos.
I. Sanches, Mario Antônio. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

JOANA ANDRADE FIGUEIRA DAMICO

BIOÉTICA E VIOLENCIA OBSTETRICA: REFLEXOES SOBRE AUTONOMIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Escola de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Mario Antônio Sanches
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR

Profa. Dra. Caroline Filla Rosaneli
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR

Prof. Dr. Cristiano Leonardo de Oliveira Dias
Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Curitiba

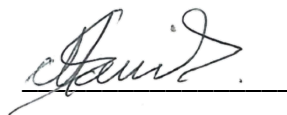
2023

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº24/2023
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às catorze horas do dia vinte e quatro de agosto do ano de dois mil e vinte e três, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/82994840586?pwd=RUZMNDJyek0vS3RuUmJFNG1ac1l6dz09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **Bioética e Violência Obstétrica: Reflexões Sobre Autonomia** apresentada pela aluna **Joana Andrade Figueira Damico** sob orientação do Professor Doutor Mario Antonio Sanches como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professor Doutor Mario Antonio Sanches
Presidente (PUCPR)



Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli
Membro interno (PUCPR)

Professor Doutor Cristiano Leonardo de Oliveira
Membro externo (UNIMONTES)

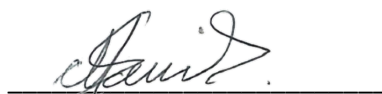


Início: 14 horas - **Término:** 15h20m.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado **APROVADO**.

A aluna está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: **Joana Andrade Figueira Damico** _____



Professor Doutor Mario Antonio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

DEDICATÓRIA

Para minhas filhas,
minha mãe e meus irmãos,
minhas fontes de amor e força,
meus parceiros de caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por esta sonhada conquista, e peço sabedoria no caminho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Mario Antônio Sanches competente e gentil.

Ao corpo docente, direção, administração e colegas da PUC Paraná.

Aos pesquisadores de bioética e das ciências médicas.

Aos filósofos e cientistas que nos abrem caminhos.

“Sábio é aquele que reconhece os limites da própria ignorância” Sócrates

RESUMO

A confiabilidade na relação médico/a e paciente parte do diálogo humanizado, desenvolvido através da abordagem da bioética, proporcionando adesão terapêutica e o bem-estar psicológico e emocional. Existem procedimentos médicos interpretados como violência obstétrica propostos com objetivo de beneficência da gestante e do feto que o/a médico/a deveria ter autonomia para realizar sem implicar ferir a autonomia da gestante. O interesse desta pesquisa é trazer a bioética para este contexto, para auxiliar tomadores de decisão, prestadores de cuidados de maternidade, mulheres e familiares a melhor compreender, definir e identificar a violência obstétrica. É apresentado um artigo de revisão integrativa da literatura, revisando artigos científicos que discutem autonomia do médico/a e violência obstétrica, constatando que somente quatro artigos abordavam o olhar deste estudo. A autonomia do/a médico/a influencia diretamente no contexto de violência obstétrica, e a bioética pode contribuir neste diálogo. O estudo sublinha a aprendizagem de comunicação na relação médico/a-paciente baseada nos aspectos técnico e humanístico, bioético, entendendo a paciente como um ser biopsicossocial, enfatizando a necessidade de desenvolver uma relação empática, mais perspicaz da bioética e dos direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Violência Obstétrica; Autonomia; Autonomia Do Médico

ABSTRACT

Reliability in the doctor-patient relationship is part of the humanized dialogue, developed through the bioethics approach, providing therapeutic adherence and psychological and emotional well-being. There are medical procedures interpreted as obstetric violence proposed with the aim of benefiting the pregnant woman and the fetus that the doctor should have the autonomy to perform without implying harm to the autonomy of the pregnant woman. The interest of this research is to bring bioethics into this context, to help decision makers, maternity care providers, women and family members to better understand, define and identify obstetric violence. An integrative literature review article is presented, reviewing scientific articles that discuss physician autonomy and obstetric violence, noting that only four articles addressed the perspective of this study. The physician's autonomy directly influences the context of obstetric violence, and bioethics can contribute to this dialogue. The study underlines learning to communicate in the doctor/patient relationship based on technical and humanistic, bioethical aspects, understanding the patient as a biopsychosocial being, emphasizing the need to develop an empathetic relationship, more insightful of bioethics and human rights.

KEYWORDS: Bioethics; Obstetric Violence; Autonomy; Doctor's Autonomy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

VO –Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
1.1. BIOÉTICA	22
1.2. AUTONOMIA	25
1.3. VIOLENCIA OBSTETRICA	27
2. ARTIGO	31
2.1. INTRODUÇÃO	32
2.2. METODOLOGIA	33
2.3. RESULTADOS	34
2.4. DISCUSSÃO	38
2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
2.6. REFERÊNCIAS	46
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
4. REFERÊNCIAS	51

1. INTRODUÇÃO

Este estudo busca realizar uma reflexão bioética sobre a violência obstétrica, lançando um olhar da bioética sobre o direito a ser garantido. A partir do artigo apresentado objetiva-se responder à pergunta: Como a bioética pode contribuir quanto à desigualdade de autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente? A hipótese formulada é de que esta autonomia, em relação a violência obstétrica, deve estar em harmonia, e a bioética pode contribuir na desigualdade porventura existente.

Se pretende neste estudo seguir a perspectiva da bioética do principialismo que permite, que sejam confrontados modelos teóricos ou, preferências pessoais e que sejam obtidos consensos ou acordos entre atores conflitantes representando concepções morais e competências diversas, procurando conhecer o tipo de artigos que existem sobre esta temática, as metodologias que utilizam e quais as perguntas que movem estes estudos e em que contexto.

Adotou-se o formato de dissertação com artigo. O desenvolvimento da pesquisa apresenta um artigo que discute conceitos bioéticos, autonomia e violência obstétrica. O artigo, intitulado “Reflexões sobre Autonomia, Violência Obstétrica e Bioética: Uma Revisão Integrativa”, realizou uma revisão integrativa acerca da violência obstétrica discutindo a autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente, lançando um olhar da bioética sobre a importância da autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente como direito a ser garantido. O artigo foi proposto para ser submetido à *Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina*, em 2023.

1.1 BIOÉTICA

A Bioética, propriamente dita, surgiu no século XX e seu início está ligado à figura de Van Rensselaer Potter, cancerologista americano, em *Bioethics, the Science of Survival* e posteriormente em *Bioethics: Bridge to the Future* (MELO; SANCHES, 2018). A bioética pode ser compreendida como a ciência do comportamento moral dos seres humanos frente a toda intervenção das ciências da saúde sobre a vida, ou seja, é parte da ética prática que avalia o impacto do avanço das biociências e do mundo da saúde sobre a vida (SANCHES, 2011). Na primeira metade do século XX, a maior parte dos autores e docentes de ética médica eram teólogos, pastores ou rabinos” (DURANT, 2007, p.26). Até a década de 70 do século XX, período de nascimento e dos primeiros anos de desenvolvimento da Bioética como uma nova

disciplina e como uma reflexão independente e autônoma, ela permaneceu ligada à Teologia (MELO; SANCHES, 2018). Beauchamps e Childress avaliaram a necessidade de uma abordagem que reconhecesse o valor da teoria ética para julgamentos práticos e se convenceram de que vários princípios morais fornecem um terreno comum significativo relevante para julgamentos nas ciências biomédicas, medicina e cuidados de saúde e que esses princípios não poderiam ser classificados de forma convincente a priori em uma ordem hierárquica, e assim deram início à elaboração do livro *Principles of Biomedical Ethics* (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

A bioética é reconhecidamente pluralista e interdisciplinar (SANCHES, 2011), e promove o debate sobre dilemas éticos em saúde, auxiliando na identificação de problemas e na busca de soluções (SANCHES et al., 2020). A bioética é marcada pela diversidade, em que todas as dimensões podem e devem se contempladas desde que sejam razoáveis, em que uma única perspectiva não pode ditar as regras de maneira absoluta e autoritária (SANCHES, 2011). A bioética assume papel relevante na discussão do processo saúde-doença, interagindo e resguardando o direito fundamental da vida digna com respeito (SILVA et al., 2021) sendo marcada por uma variedade de metodologias éticas composta de diferentes perspectivas num contexto interdisciplinar (SANCHES, 2011). Os princípios da bioética podem e devem ser considerados como derivados histórica e filosoficamente da moralidade comum, da moralidade universal à qual subscrevem todas as pessoas moralmente comprometidas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

A Bioética deve estar aberta, em diálogo constante com as demais áreas de saber, não cabendo a ela excluir qualquer pessoa ou grupo pertencente a uma ou outra área de conhecimento; essa nova disciplina se abre ao diálogo com outros saberes (MELO; SANCHES, 2018). A bioética, desde seu início, é compreendida como uma disciplina marcada por uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar (SANCHES, 2011). Os princípios da bioética se correlacionam com os direitos humanos básicos e estabelecem o que é eticamente aceitável para todas as sociedades, no entanto, permitem diferenças justificadas na ética da prática profissional em sociedades e culturas por meio de processos de especificação e ponderação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

A bioética norte americana tem quatro preceitos amplamente difundidos: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, propostos por Beauchamp e

Childress em 1979, na obra *Principles of Biomedical Ethics*, que se tornariam a principal referência da abordagem "principalista" (SANCHES et al., 2020). Alguns críticos sustentam que os princípios do "principalismo" são apenas aglomerados de conceitos morais muito abstratos, gerais e vagos para guiar julgamentos sobre ações, e em resposta, Beauchamp e Childress mostram como os processos de especificação e ponderação vinculam princípios e regras gerais aos julgamentos morais concretos necessários à ética prática (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

A bioética deve ter perspectiva autônoma e humanista, vendo o ser humano em sua totalidade (SANTOS, 2020). A valorização da diversidade e uma postura que acredita no diálogo, são necessárias, pois a bioética "não pode se reduzir a um simples espaço de confronto de opiniões, como se fosse uma ciência perplexa, intimidada pela diversidade (SANCHES, 2011). Seu objetivo é humanizar ações e serviços de saúde de modo a garantir os direitos dos cidadãos e a dignidade humana, considerada segundo o imperativo categórico de Kant, pelo qual cada indivíduo deve ser tratado como um fim em si mesmo, como portador de respeito e de dignidade, e jamais como meio para satisfazer interesses de outrem (SANTOS, 2020). O respeito pela dignidade humana é o reconhecimento de um valor, um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e em seu projeto de autorrealização que exige reconhecimento, respeito e liberdade de ação (HENRIQUES; MELO; ESPINEY, 2021).

A aplicação dos quatro princípios da bioética depende das virtudes e capacidade de discernimento dos atores. Essa dependência "flexibiliza" esses preceitos, que não podem ser aplicados cegamente e independentemente do contexto (SANCHES et al., 2020). Cabe à bioética o papel de promover reflexões permanentes e propor alternativas e estratégias, provocando em cada pessoa o desejo de recuperar sua funcionalidade e a capacidade de se indignar diante de descasos do sistema de saúde (SANTOS, 2020). A virtude de avaliar profundamente a situação e equilibrar a beneficência com o possível dano, o respeito à autonomia com a justiça, é a qualidade fundamental nas emergências. No final, as decisões devem ser sempre baseadas nessa avaliação (SANCHES et al., 2020). Objetivando aprimorar a compreensão desses desafios, a bioética é chamada a contribuir, e os princípios utilizados nas suas deliberações devem ser incluídos nos estudos acerca da atenção à saúde. Os responsáveis pelas tomadas de decisão, devem identificar quais valores julgam relevantes para uma tomada de decisão, considerando as necessidades específicas

(NOVAES; SOÁREZ, 2020). A complexidade das circunstâncias não permite um olhar superficial e, nesses momentos, o conhecimento técnico deve ser usado para influenciar o discernimento. Assim, a bioética principialista estará presente em qualquer decisão em saúde, embora seja insuficiente em muitos casos (SANCHES et al., 2020).

Em um cenário de sobrecarga de recursos de saúde, não é incomum que os profissionais tenham que decidir, e a ânsia de decidir causa angústia, e muitas vezes se tem que agir sem poder apreciar mais profundamente as circunstâncias (SANCHES et al., 2020).

1.2. AUTONOMIA

Na ética biomédica, nem sempre apelamos diretamente a princípios morais ou a regras derivadas, mas apelamos a eles principalmente na deliberação em conflitos morais absolutos, referindo-nos como uma estrutura de quatro princípios morais amplos: respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Não supomos que nossos princípios e regras esgotem a moralidade comum; argumentamos apenas que nossa estrutura capta as principais considerações morais que são pontos de partida essenciais para a ética biomédica (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019). Cuidar requer um elevado respeito pela pessoa e pela vida humana, valor que está diretamente relacionado com o exercício da autonomia e liberdade de escolha e importa ao cuidador e à pessoa cuidada, parceiros ativos no processo de cuidar, compreender de que modo os cuidados prestados num espaço relacional podem ser exercidos de forma a respeitarem a dignidade da pessoa (HENRIQUES; MELO; ESPINEY, 2021).

Críticos afirmam que nossa estrutura de princípios representa o individualismo americano na medida em que consagra o princípio do respeito à autonomia como o princípio moral dominante, substituindo todos os outros princípios morais (e virtudes) em situações de conflito, mas, o respeito pela autonomia é necessário e vai além do individualismo americano. Nossos princípios e regras são todos, por sua natureza, obrigatórios apenas *prima facie*, ou seja, são realmente obrigatórios apenas quando nenhuma outra consideração moral é poderosa o suficiente para anulá-los. Todo princípio moral pode, em nossa opinião, ser substituído, ou entra em conflito, em

algumas situações, por uma consideração moral concorrente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

A beneficência tem fundamento histórico pois é uma característica definidora da ética médica iniciada por Hipócrates na Grécia Antiga. A autonomia deve ser privilegiada, desde que não prejudique outras pessoas. Deste modo, o princípio da justiça pode limitar a autonomia (SANCHES et al., 2020). Na operacionalidade prática da Bioética o consentimento informado é a maior expressão de autonomia. A necessidade de respeitar a autonomia nasce da compreensão de que a dignidade ontológica da pessoa humana não depende dos outros, mas impõe o dever de respeito pois realiza-se no encontro com o outro, pelo que este espaço de relação é extremamente importante (HENRIQUES; MELO; ESPINEY, 2021).

Todavia, o respeito à autonomia só é relevante como princípio *prima facie*, junto com outros princípios *prima facie*, e deste modo não tem peso maior do que os outros, tomados abstrata e isoladamente. Em situações de conflito, muitas vezes emprega-se especificação e equilíbrio restritos para determinar o curso de ação justificável nas situações concretas e contextualizadas, mas não se usa uma classificação *a priori* de princípios ou direitos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

O fato de que o respeito à autonomia não seja visto como um princípio superior aos outros, não significa que ele possa ser desconsiderado. Pelo contrário, o respeito à autonomia e o consentimento informado são agora valores centrais bem descritos, profundamente arraigados e relativamente incontestados na literatura sobre bioética - bem como legalmente arraigados em muitas jurisdições locais e na lei internacional de direitos humanos, mas parecem ser frequentemente violados no contexto da maternidade, onde o foco no consentimento e na autonomia apresenta um novo desenvolvimento marcante no ativismo das mulheres no parto (KINGMA, 2021).

Em contexto hospitalar em que a utilização dos últimos avanços científicos é mais notória, onde a vida e morte estão em constante e permanentemente análise e os limites são menos nítidos, tal a precariedade de muitos estados de saúde, a possibilidade de, com ações ou omissões, incorrer involuntariamente em atentados à dignidade da pessoa é enorme e frequente (HENRIQUES; MELO; ESPINEY, 2021). A atenção e o respeito à autonomia e ao consentimento devem ser valores centrais, aspectos-chave de atenção e indicadores centrais de qualidade na assistência à maternidade (KINGMA, 2021). Em síntese, o princípio da autonomia pode não ser

suficiente, mas jamais pode ser desconsiderado em qualquer tomada de decisão em saúde.

1.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nas últimas décadas, o estudo da violência obstétrica (VO) e do parto humanizado tornou-se um discurso acadêmico crítico (GLEASON et al., 2021). A VO é, portanto, tema de relevância para a política pública de saúde da mulher e da criança (VILLARMEA; KELLY, 2020). O abuso no parto, que vai do desrespeito à VO e violações dos direitos humanos, tornou-se um tema global “quente” na última década (AFULANI et al., 2020). Como violação dos direitos humanos, a VO engloba inúmeras formas de maus-tratos contra mulheres que dão à luz (KINGMA, 2021). Violência exercida por profissionais de saúde sobre o corpo e processos reprodutivos de mulheres grávidas, expressa por meio de tratamento desumanizador, abuso de medicalização e conversão de processos reprodutivos naturais em patológicos (VACAFLOR, 2016). A Organização Mundial da Saúde destaca a prestação de cuidados, a experiência do cuidado, os elementos interpessoais do cuidado, enfatizando o cuidado centrado na pessoa, respeitoso e sensível às preferências, valores e necessidades, comunicação centrada no paciente (WHO, 2014). Apesar de reconhecer a autonomia e a participação na tomada de decisões como direitos do paciente, parece haver uma falta de concordância entre a teoria e a prática. Na prática, muitas mulheres vivenciam um parto negativo ou francamente traumático, o que parece estar relacionado à sua falta de controle e envolvimento na tomada de decisões (BALLESTEROS, 2022).

As recomendações da Organização Mundial da Saúde para os cuidados intraparto incluem padrões mínimos de comunicação efetiva e autonomia, como dirigir-se às mulheres pelo nome, oferecer informações médicas claras e concisas, responder às necessidades, preferências e perguntas das mulheres, apoiar as mulheres a entender que elas têm escolhas, assegurar a explicação dos procedimentos e consentimento, garantir que as mulheres estejam cientes dos mecanismos para lidar com as reclamações e interagir positivamente com os acompanhantes das mulheres (WHO, 2018). A VO é descrita e interpretada a partir de diferentes perspectivas teóricas, como um habito autoritário, expresso em posturas repressivas que buscam silenciar os sentimentos e expressões das mulheres diante do parto, culpá-las por possíveis dificuldades que possam surgir durante o processo

ou exibir uma posição de suposta superioridade moral, pois a ordem institucional consubstanciada nos profissionais de saúde, os coloca em protagonismo, investindo-os de hierarquia e autoridade, pois gozam do conhecimento necessário para que o parto seja realizado de forma segura e bem-sucedida, e a mulher é relegada a segundo plano, porque não domina o saber médico, manifesta a supressão da expressão e do valor intelectual e moral do oprimido, injustiça epistêmica, discriminação e opressão (GLEASON et al., 2021).

A percepção subjetiva das mulheres sobre os procedimentos obstétricos e a equipe que os executa, a participação nos processos de tomada de decisão e outras variáveis relacionadas ao apoio psicossocial durante o trabalho de parto são aspectos-chave de uma experiência negativa de parto (BALLESTEROS, 2022). Apesar do crescente reconhecimento do tratamento negligente, abusivo e desrespeitoso das mulheres durante o parto nas unidades de saúde, não há consenso global sobre como esses eventos são definidos e medidos (GLEASON et al., 2021), pois é complexo reconhecer a VO para mulheres que cresceram em contextos onde a existência de direitos sexuais e reprodutivos não é reconhecida (FLORES et al., 2019). VO tipifica e agrupa formas variadas de violência, agressões e omissões praticadas na gestação, no parto, no puerpério e no atendimento às situações de abortamento, como maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos considerados desnecessários e danosos, entre os quais a cesariana sem evidência clínica, agressões e negligências durante o ciclo gravídico-puerperal; representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021).

Existem motivos que levam os profissionais à VO: físicos (fadiga, *esgotamento*, condições de trabalho), pessoais (preconceito, ignorância, medo) e profissionais (econômico, medo de processos, vergonha de errar), além de o sistema de saúde também ser violento contra os profissionais de saúde, pois lhe oferecem um apreciável desenvolvimento científico-tecnológico, protocolos, procedimentos clínicos e cirúrgicos, mas não técnicas de comunicação, relação terapêutica ou de trabalho em equipe (BORGES DAMAS et al., 2021). Se identifica como VO as práticas de abuso físico, manobras inadequadas como Kristeller, episiotomia, amniotomia, o abuso psicológico, como gritos e julgamentos de valor, a discriminação, que pode ser praticada durante a gravidez, parto e puerpério, e em relação aos obstáculos na aplicação dos protocolos de VO, as crenças culturais, a

linguagem e a falta de acompanhamento do pré-natal levam ao desenvolvimento da VO por falta de conhecimento de usuárias e profissionais (ORTEGA et al., 2021).

O parto é potencialmente desorganizador em aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, mobilizando sentimentos contraditórios como ansiedade, insegurança, medo, estresse, alegria, excitação e expectativa, dessa forma, é imprescindível acolher a vulnerabilidade da mãe, entretanto têm sido vítimas de violência física, humilhação e abusos verbais, procedimentos médicos coercitivos ou não consentidos, violações da privacidade, tratamento hostil, desrespeito, negligência, violência sexual, e realização de procedimentos que não sejam baseados em evidências científicas, dentre outros (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021). Há ambiguidade nos relatos das mulheres durante a experiência do parto, o que demonstra o desconhecimento das práticas associadas à violação dos direitos da mulher no parto e à VO (SANTOS CARER et al., 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS) no relatório sobre ‘cuidado respeitoso à maternidade’, orienta sobre o respeito ao consentimento e à autonomia da mulher em ‘cuidados clínicos não consentidos’, como uma das categorias de desrespeito e abuso (WHO, 2018). O relatório que defende uma abordagem baseada nos direitos humanos para acabar com os maus-tratos e a violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva tem um foco particular no parto e na violência obstétrica. (VILLARMEA; KELLY, 2020).

A VO muitas vezes envolve mulheres sendo agredidas durante o trabalho de parto, quando as intervenções clínicas são administradas não apenas na ausência de consentimento, mas apesar da recusa explícita e coloca ênfase especial na importância do consentimento para lidar com maus-tratos durante o parto, com foco no consentimento e autonomia (entre outras questões). Como foi apontado acima, o respeito pela autonomia e o consentimento informado já são valores centrais bem descritos, profundamente enraizados e relativamente incontestados na literatura sobre bioética, bem como legalmente incorporados em muitas jurisdições locais e leis internacionais de direitos humanos. Os/As médico/as concordam que a mulher deve ser sempre esclarecida e, sempre que possível, exercer sua autonomia, pode questionar, escolher ou opinar sobre os procedimentos e condutas indicados pela equipe de assistência; que a atitude de informar e esclarecer a paciente é recomendada e bem aceita pelos profissionais, inclusive considerando este ato como obrigação profissional (SENS; STAMM, 2019a).

Muitas das razões que os provedores deram para não se engajar em comportamentos de comunicação centrados na pessoa estavam relacionadas ao estresse e esgotamento, frequentemente associado à fadiga, esquecimento, impaciência, irritabilidade e falta de atenção, alta carga de trabalho, falta de suprimentos essenciais para trabalhar, estresse não relacionado ao trabalho e barreiras linguísticas (SENS; STAMM, 2019b). Estudos implicam na necessidade de ferramentas que ajudem a prevenir a VO e a síndrome de esgotamento do profissional de saúde, sendo apropriado que na formação do pessoal médico estejam incluídos cursos para ajudá-los a ter mais ferramentas que lhes permitam enfrentar com sucesso as situações específicas da sua profissão (PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO; CASAS-ARELLANO, 2015).

2. ARTIGO

REFLEXÕES SOBRE AUTONOMIA, VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E BIOÉTICA: UMA REVISAO INTEGRATIVA

Resumo

A confiabilidade na relação médico/a e paciente parte do diálogo humanizado, desenvolvido através da abordagem da bioética, proporcionando adesão terapêutica e o bem-estar psicológico e emocional. Existem procedimentos médicos interpretados como violência obstétrica propostos com objetivo de beneficência da gestante e do feto que o/a médico/a deveria ter autonomia para realizar sem implicar ferir a autonomia da gestante. O interesse desta pesquisa é trazer a bioética para este contexto, para auxiliar tomadores de decisão, prestadores de cuidados de maternidade, mulheres e familiares a melhor compreender, definir e identificar a violência obstétrica. A autonomia do/a médico/a influencia diretamente no contexto de violência obstétrica, e a bioética pode contribuir neste dialogo. O estudo sublinha a aprendizagem de comunicação na relação médico/a-paciente baseada nos aspectos técnico e humanístico, bioético, entendendo a paciente como um ser biopsicossocial, enfatizando a necessidade de desenvolver uma relação empática, mais perspicaz da bioética e dos direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Violência Obstétrica; Autonomia; Autonomia Do Médico/a

INTRODUÇÃO

Cerca de 830 mulheres morrem diariamente de complicações relacionadas à gravidez ou parto em todo o mundo (SHAKIBAZADEH et al., 2018). Considerando que o foco à saúde e à sobrevivência materna devem permanecer em alta na saúde global (WHO, 2019), em 2014 a Organização Mundial de Saúde publicou novas diretrizes para melhorar a qualidade do atendimento a mães e recém-nascidos em unidades de saúde, que incluíam um foco maior no respeito e na preservação da dignidade, sobre o direito de todas as mulheres ao acesso a cuidados de saúde dignos e respeitosos, na prevenção e eliminação do desrespeito e abuso (WHO, 2014). Todas as mulheres precisam e merecem cuidados respeitosos, e promovê-los é elemento crítico das estratégias para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados maternos (SHAKIBAZADEH et al., 2018).

A violência obstétrica (VO) ou desrespeito e abuso no parto é um fenômeno mundial que assume várias formas, desde a ausência de consentimento informado até danos físicos (PERROTTE; CHAUDHARY; GOODMAN, 2020). Tudo que se faz com a gestante no período pré-parto, periparto e pós-parto que interfere na sua autonomia, praticado pelo/a médico/a, pela equipe hospitalar, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, a gestante, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério, considera-se VO (SANTA_CATARINA, 2017).

A bioética pode contribuir na discussão sobre o papel da autonomia do/a médico/a no contexto da VO. Potter sempre viu a bioética como uma nova disciplina, uma “nova ética médica” que combinaria conhecimento e deliberação, uma abordagem dinâmica de busca contínua dos seres humanos por sabedoria, o conhecimento de como usar o conhecimento para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida. A bioética é, portanto, “a ciência” sobre o uso da ciência: é o supervisor ético da ciência. (ZANELLA; SGANZERLA; PESSINI, 2019). Ramo do conhecimento que se preocupa com as consequências dos avanços da ciência sobre vida humana, para que se desenvolva um pensamento bioético e uma atuação correta, profissional e humana, sem violar os limites éticos do ser humano e sem que alcance outras finalidades (PIRÔPO et al., 2018). A autonomia como princípio da bioética, conforme proposto por Beauchamp e Childress (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001), é entendida como o direito soberano de cada indivíduo, baseado

em suas crenças e valores pessoais, de decidir sobre aquilo que julga melhor para si em cada situação. Pode ser entendido também como a liberdade que cada pessoa tem de tomar suas próprias decisões. Se faz importante ressaltar, que essas decisões devem ser pautadas no máximo de informação possível acerca do problema em questão e não deve ser confundido com individualismo, visto que o respeito ao outro e ao coletivo deve sempre ser observado (MOTTA; PAULO, 2020). A bioética principialista (ZANELLA; SGANZERLA; PESSINI, 2019) propõe a: não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001). Assim como os outros três princípios propostos por Beauchamp e Childress, a autonomia se baseia em direitos humanos básicos e estabelece o que é ético e moralmente aceitável numa sociedade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019). Alguns afirmam que a ética médica é autônoma e única e, portanto, não é guiada por uma moralidade comum ou por qualquer moral externa ou teoria moral (CHILDRESS; BEAUCHAMP, 2022). A autonomia do médico/a visando a beneficência da gestante e do feto estão sendo analisadas neste estudo, à luz da bioética.

O interesse desta pesquisa é trazer a bioética para este contexto, como campo de estudo, considerando que existem procedimentos médico/as entendidos como VO, propostos com objetivo de beneficência da gestante e do feto que o/a médico/a deveria ter autonomia para realizar sem que isto implique ferir a autonomia da gestante. O objetivo deste estudo é: analisar as publicações científicas dos últimos 10 anos sobre autonomia do/a médico/a em relação à VO. Pensando bioética e VO: reflexões sobre autonomia do/a médico/a, a questão deste estudo portanto é: “Como a bioética pode contribuir quanto à desigualdade de autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente?”

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, escrito com base nas diretrizes PRISMA revisando artigos científicos que discutem autonomia do/a médico/a e VO, nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre julho de 2012 e julho de 2022. Para o levantamento do material bibliográfico as buscas foram realizadas nas bases de dados Scientific Eletronic Library (SciELO), Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Pubmed, em setembro de 2022.

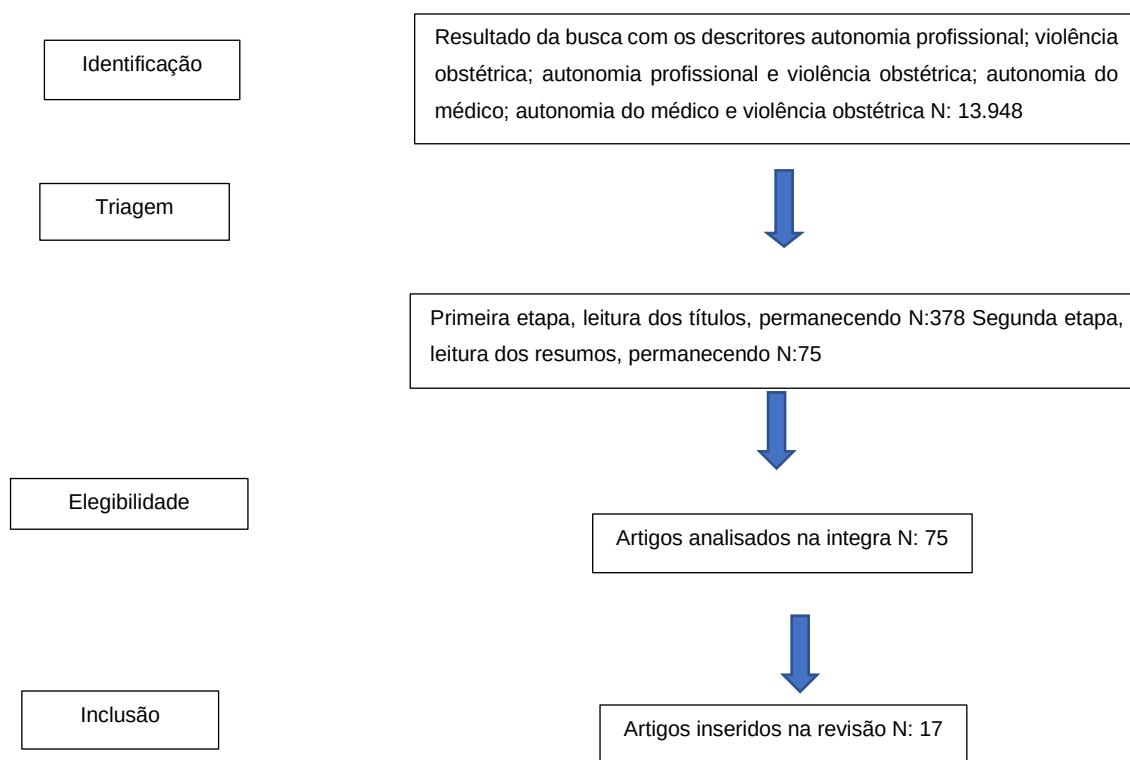
Foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) para definir os termos de busca. Os descritores definidos são: autonomia do médico e violência obstétrica, isolados ou conectados por meio do operador lógico 'e'. Os filtros utilizados foram os títulos, os resumos e as palavras-chave. A estratégia PVO utilizada para elaboração da pergunta norteadora, papel da autonomia do/a médico/a na VO, sendo P-População (ing. *Population*): médico/a; V- Variáveis (ing. *Variables*): autonomia; e O-Resultados (ing. *Outcomes*): violência obstétrica. Assim, para esta pesquisa, a pergunta de busca foi “qual o papel da autonomia do/a médico/a no contexto da violência VO?”

Os critérios de inclusão dos materiais selecionados foram: artigos revisados por pares disponibilizados on-line; artigos científicos em livre acesso; artigos científicos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; artigos científicos na íntegra que retratem a temática referente à revisão integrativa; artigos científicos publicados e indexados nos referidos bancos de dados entre janeiro de 2012 e outubro de 2022; e com abordagem do contexto de interesse. Os critérios de exclusão foram: materiais incompletos; publicações caracterizadas como ensaios, teses, dissertações, TCC, debates e artigos de reflexão; estudos com abordagem alheia ao contexto de interesse.

RESULTADOS

Os resultados da primeira fase das buscas realizadas nas bases de dados foram os a seguir descritos (Tabela 1): A. Scielo: autonomia profissional (n=263), VO (n=84), autonomia profissional e VO (n=3), autonomia do médico (n=73), autonomia do médico e VO (n=1); B. Lilacs: autonomia profissional (n=323), VO (n=21), autonomia profissional e VO (n=0), autonomia do médico (n=0), autonomia do médico e VO (n=0); C. Pubmed: autonomia profissional (n=4040), VO (n=15), autonomia profissional e VO (n=0), autonomia do médico (n=9125), autonomia do médico e VO (n=0) .

FIGURA 1: Fluxograma PRISMA de Seleção dos Artigos



Fonte: Figueira, 2023

Na segunda etapa foram excluídos por serem repetidos na plataforma Scielo três (03) artigos de VO, cinquenta e oito (58) artigos de autonomia profissional, trinta e um (31) artigos de autonomia médica, três (3) artigos de autonomia do médico e VO; na plataforma Pubmed mil setecentos e doze (1712) artigos de autonomia do médico e autonomia profissional; na plataforma Lilacs um (1) artigo de VO, um (1) artigo de autonomia do médico e VO; cinquenta e nove (59) artigos de autonomia profissional. Os resultados da segunda fase da leitura dos títulos dos artigos encontrados nas bases de dados foram os a seguir descritos: A. Scielo: autonomia profissional (n=11), VO (n=64), autonomia profissional e VO (n=0), autonomia do médico (n=9), autonomia do médico e VO (n=0); B. Lilacs: autonomia profissional (n=10), VO (n=8), autonomia profissional e VO (n=0), autonomia do médico (n=0), autonomia do médico e VO (n=0); C. Pubmed: autonomia profissional (n=69). VO (n=15), autonomia profissional e VO (n=0), autonomia do médico (n=192), autonomia do médico e VO (n=0) .

Tabela 1 –Estratégia de busca e resultados da primeira fase das buscas realizadas nas bases de dados

Base de Dados / Número de artigos	Estratégia de Busca
SCIELO /424	autonomia profissional (n=263); violência obstétrica (n=84); autonomia profissional e violência obstétrica (n=3); autonomia do médico/a (n=73); autonomia do médico/a e violência obstétrica (n=1)
PUBMED / 13.180	autonomia profissional (n=4040); violência obstétrica (n=15); autonomia profissional e violência obstétrica (n=0); autonomia do médico/a (n=9125); autonomia do médico/a e violência obstétrica (n=0)
LILACS / 344	autonomia profissional (n=323); violência obstétrica (n=21); autonomia profissional e violência obstétrica (n=0); autonomia do médico/a (n=0); autonomia do médico/a e violência obstétrica (n=0);

Fonte: Figueira, 2023

A terceira etapa da pesquisa utilizou como filtros a leitura dos resumos. Foram excluídos os artigos científicos que não retratassem a temática referente à pergunta norteadora desta revisão integrativa. Os resultados da terceira fase da leitura dos resumos dos artigos selecionados foram os a seguir descritos: A. Scielo: autonomia profissional (n=2), VO (n=37), autonomia do médico (n=0); B. Lilacs: autonomia profissional (n=0), VO (n=1); C. Pubmed: autonomia profissional (n=2), VO (n=13), autonomia do médico (n=20). A quarta etapa da pesquisa utilizou como filtros a leitura integral dos artigos científicos selecionados na fase anterior. Foram excluídos os artigos científicos que não retratassem a temática referente a esta revisão integrativa. Como resultado da quarta etapa de leitura na íntegra dos artigos permaneceram nesta revisão sistemática 17 artigos, para integrar essa revisão, conforme tabela 2, onde se pode observar alguns significativos detalhes da metodologia dos dezessete artigos que integraram esta revisão integrativa, quanto a seus métodos de busca e de análise, quanto ao ano de realização da pesquisa, quanto ao idioma de publicação, quanto à percepção de médicos/as e pacientes, quanto ao n amostral e também quanto ao local da consecução da amostra da pesquisa.

Tabela 2 – Dezessete artigos que integram esta revisão integrativa – Detalhes da metodologia

#	Ref	Título	L	Ano	Busca	Ana	Per	n	Local
1	(PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO; CASAS-ARELLANO, 2015)	Síndrome de desgaste profesional en médico/as y percepción de la violencia obstétrica	E	2015	QQ Que + Ent SE	AE	med	29	México
2	(VACAFLOR, 2016)	Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina	I	2016	Qual Etno	DT	pac	N/A	N/A
3	(VILLARMEA; KELLY, 2020)	Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes	P	2019	Qual D	AD	pac	N/A	N/A
4	(LANSKY et al., 2019)	Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico	I	2019	QQ Que + Ent SE	AE	pac	555	Brasil
5	(KINGMA, 2021)	Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic.	I	2019	Qual Etno	DT	pac	N/A	N/A
6	(FLORES et al., 2019)	A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional	P	2019	Qual D	AD	pac	57	Mexico
7	(CASTRO; SAVAGE, 2019)	Per dos med sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico/a-paciente	P	2019	Qual D	AD	pac	43	Rep. Dom.
8	(SENS; STAMM, 2019a)	Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour	I	2020	Qual Que	ACB	med	23	Brasil
9	(SENS; STAMM, 2019b)	Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya	I	2020	Qual Que	ACB	med	23	Brasil
10	(AFULANI et al., 2020)	Harming one to benefit another: The paradox of autonomy and consent in maternity care	I	2021	QQ Que + SE	AE	pac	49	Kenya
11	(SANTOS CARER et al., 2021)	Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica	E	2021	Qual Que	F	pac	17	Brasil
12	(MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021)	Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães	P	2021	Qual BOL	ACS	pac	30	Brasil
13	(ORTEGA et al., 2021)	Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha, año 2020	E	2021	Qual Ent + RB	F	pac	3	Equador
14	(BORGES DAMAS et al., 2021)	Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud.	E	2021	Qual Ent	TF	med, pac	42	Cuba
15	(LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021)	Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras	P	2021	Qual Ent	ACB	pac	6	Brasil
16	(GLEASON et al., 2021)	Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas.	E	2021	Qual Ent SE	TF	pac	9	Colombia
17	(BALLESTEROS, 2022)	A stigmatizing dilemma in the labour room: Irrationality or selfishness?	I	2022	Qual Etno	DT	pac	N/A	N/A

Legenda: Ref= Referência; L= Idioma de publicação P=português; E=espanhol; I=inglês; Ano = Ano de Publicação; Qual=Qualitativa QQ=Quanti-Quali; Que= Questionário; Ent = Entrevista; SE= Semiestruturada; Etno= Etnografia a; RB= Revisão Bibliográfica; BOL= Blogs online; D= Discurso; Ana= Método de Análise;

AE= Análise Estatística; AD= Análise de Discurso; ACB= Análise Conteúdo Bardin; DT= Discussão sobre o Tema; F = Fenomenologia; ACS= Agregação Categorical Stake; TF= Teoria Fundamentada; n= tamanho da amostra, n amostral; N/A= Não Aplicável; Per = Per; Med; Pac; N amostral= tamanho da amostra

Fonte: Figueira, 2023

A tabela 2 apresenta detalhes da metodologia mostrando que dentre os 17 artigos selecionados: seis (6) adotaram entrevistas e seis (6) usaram questionários. Três (3) artigos usaram metodologia quali-quanti, e quatorze (14) usaram metodologia qualitativa, dos quais um (1) fez revisão bibliográfica, três (3) fizeram análise etnográfica, um (1) fez análise de blogs online, três (3) fizeram análise de discurso e três (3) fizeram uma discussão sobre o tema. Se pode observar também o viés cultural, vendo que a maior parte dos artigos foi pesquisada no Brasil (6), seguido por outros países da América Latina (4) e África (1). Não foi encontrado estudo realizado na América do Norte, ou na Europa, ou Asia, ou em outras regiões do planeta. Se verifica também que dos dezessete artigos três (3) analisam a percepção dos/as médico/as, um (1) analisa percepção dos/as médicos/as e das pacientes, e treze (13) analisam a perspectiva das pacientes. Com relação à pergunta de busca desta revisão integrativa da literatura que foi “qual o papel da autonomia do/a médico/a no contexto da VO”, de forma estrita se pode afirmar que somente quatro artigos abordavam este mesmo olhar. Esta pesquisa considerou, entretanto, incluídos todos os dezessete artigos que discutiam objetivamente este tema, mesmo que sob a exclusiva perspectiva das pacientes, pois toda relação é dialética onde o Eu necessariamente se relaciona com o outro, um internaliza o outro.

DISCUSSAO

A abordagem de cada um dos dezessete artigos selecionados pela revisão integrativa da literatura é apresentada a seguir, separada nos quatro tópicos comuns entre elas, de forma a estabelecer entre os autores uma discussão sobre o tema. Apontam para quatro principais tópicos: como os artigos retratam as dificuldades na compreensão da VO; qual a importância das questões sociais locais (cultura, classe, etnias, religião) na percepção e prática de VO; na busca de pistas de ação: qual o papel da relação e comunicação entre profissionais e pacientes na superação da VO; e qual o papel da autonomia do/a médico/a no contexto da VO.

5.1. As dificuldades e confusões na compreensão de violência obstétrica

Na violação dos direitos reprodutivos, VO inclui a violação de direitos humanos em geral e os direitos de gênero (PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO; CASAS-ARELLANO, 2015). Deve ser realizada uma abordagem multifacetada que contemple a saúde pública, os direitos humanos e as perspectivas éticas, bem como reflexão acadêmica, coleta de dados e estudos qualitativos sobre a forma como o atendimento obstétrico é implementado, para conscientizar as mulheres sobre seus direitos (VACAFLOR, 2016). A dificuldade de reconhecimento pelas mulheres da vivência de VO é influenciada por diversos fatores, na distância entre indicar a agressão sofrida, reconhecê-la e nominá-la como violência ou maus tratos, na imposição de intervenções não consentidas/aceitas com manipulação de informação para a mulher, do cuidado indigno e abuso verbal, sem participação nas decisões sobre as interferências no seu corpo (LANSKY et al., 2019). A ética obstétrica menciona muito frequentemente os interesses do bebê, e geralmente falha completamente em abordar a questão de saber se a medicina está empenhada legitimamente no negócio de fazer cumprir esta obrigação de autonomia/consentimento na assistência à maternidade (KINGMA, 2021). Múltiplas ações contra os direitos humanos das mulheres acontecem dentro das salas de parto, a maioria sem identificação pelas usuárias, que não construíram a imagem da VO, mas não menos suscetíveis a se sentirem agredidas durante o parto (FLORES et al., 2019). Se identificou na amostra o desejo do parto normal e a barreira da resolução profissional, a desumanização das atitudes profissionais na busca da melhor realização, a necessidade de respeito ao acompanhante, e ambiguidades nas percepções vivenciadas pelas mulheres, com sentimento de insegurança ou insatisfação com o atendimento recebido dos profissionais de saúde (SANTOS CARER et al., 2021). A comunicação eficaz facilita a compreensão e o envolvimento do paciente na tomada de decisões. É, portanto, um componente crucial da autonomia do paciente (SENS; STAMM, 2019a).

A VO muitas vezes consiste no impedimento de um acompanhante durante o parto e o pós-parto imediato, o que infringe o direito garantido pela Lei n. 11.108 de 2005, e infringe ainda, tratados internacionais que regulam os direitos humanos e os direitos das mulheres, como a Convenção Interamericana de Direitos Humanos de 1994, para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021). As práticas de VO concentram-se no

abuso físico, com manobras inadequadas, como Kristeller, episiotomia, amniotomia, e no abuso psicológico, como discriminação, gritos e julgamentos de valor (ORTEGA et al., 2021). O modelo biomédico de parto dificulta o envolvimento da mulher na tomada de decisão, sendo parto um processo repleto de riscos, particularmente para bebês, e os relatos das mulheres em trabalho de parto não são confiáveis (são subjetivos); e conhecimentos e procedimentos médicos são mais seguros, portanto se as parturientes agirem de acordo, com racionalidade, entregam as decisões a médico/as, ou caem sob o estigma de irracionalidade ou egoísmo (BALLESTEROS, 2022). A prática da VO infringe o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que instituiu que “toda gestante tem direito a acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério” e que “toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

5.2. As circunstâncias e os contextos – questões sociais (cultura, classe, etnias, religião) e violência obstétrica

Em uma cultura médica predominantemente masculina, as mulheres são consideradas vulneráveis e incompetentes - estereótipo de gênero - despojadas do poder, da tomada de decisão e do controle sobre o próprio corpo, de maneira antiética, eliminando a compreensão e a tomada de decisão das mulheres sobre os cuidados que recebem (VACAFLOR, 2016). O relato de VO está associado a práticas assistenciais obsoletas e se concentra na população de menor renda na sociedade brasileira, o que pode refletir em iniquidades na assistência ao parto e nascimento (LANSKY et al., 2019). A série de desqualificações têm sua origem na contemplação de corpos cujo significado é a reprodução, conseqüentemente, o parto é representado como consequência de uma sexualidade voluntária e gozada, situação que no imaginário patriarcal e cristão configura que deve ser paga com sofrimento, implicando em violência de gênero (FLORES et al., 2019).

Os procedimentos médicos como a episiotomia, a anestesia e a cesariana, quando realizados de forma rotineira, sem compartilhamento de decisões e sem amparo psíquico, constituem formas de ritualização para manter inconsciente a representação sexual do parto, que conduzem à iatrogenia no parto, causando prejuízos psíquicos à saúde materno-infantil (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021). A VO pode ser praticada durante a gravidez, parto e puerpério,

sem real interesse institucional em erradicá-la, sem protocolo sobre VO, e com protocolos de atenção à saúde materna relacionados ao modelo biomédico que não problematizam as atitudes adotadas pelo modelo biomédico, e poucas diretrizes de prática clínica abordam a violência de gênero, a discriminação reprodutiva e intercultural etc. (ORTEGA et al., 2021).

Abordando causas e consequências para mulheres e profissionais de saúde, na busca de um ponto de equilíbrio entre a segurança do parto respeitando o trabalho profissional e a necessidade das mães serem ouvidas, respeitadas e tratadas como pessoas com autonomia e poder de decisão, se pode transformar o ato do parto em evento gratificante (BORGES DAMAS et al., 2021). O racismo estrutural dificulta e nega o acesso das mulheres negras aos seus direitos reprodutivos (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021). Ampliando a compreensão da VO ao identificar que as mulheres indígenas vivenciam forma particular de falta de sensibilidade cultural, que vem do processo colonial, e que hoje se expressa na assistência ao parto, em formas como o desconhecimento e o desprezo pelos saberes ancestrais que as mulheres das comunidades indígenas ainda preservam (GLEASON et al., 2021).

5.3. Comunicação médico/a-paciente na superação da violência obstétrica: na busca de pistas de ação.

A VO pode se manifestar de diversas formas, como a realização de práticas nocivas e desnecessárias (cesáreas, episiotomias, exames vaginais clinicamente não relevantes), a falta ou recusa de informação aos pacientes e suas famílias, discriminação por gênero, raça ou religião e abuso verbal, mesmo físico, com insatisfação do paciente com a qualidade do cuidado recebido, com falta de comunicação entre médico/a e paciente, e falta de insumos, de pessoal médico e de enfermagem (PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO; CASAS-ARELLANO, 2015). Reconheça-se o direito da mulher de não ser submetida à VO, expressa por meio de tratamento desumanizador, abuso de medicalização e conversão de processos naturais de reprodução em patológicos, por meio da proteção da autonomia reprodutiva das mulheres, e do empoderamento da participação das mulheres na sociedade (VACAFLOR, 2016). Os benefícios da tomada de decisão compartilhada na prestação de cuidados de alta qualidade e personalizados são indiscutíveis, mas a dinâmica da sala de parto leva a duvidar que a verdadeira tomada de decisão compartilhada seja possível (VILLARMEA; KELLY, 2020). O reconhecimento do

direito das mulheres à escolha e recusa informada e de não serem submetidas a intervenções não consentidas é recente, e a relação de poder entre profissionais e mulheres interfere no exercício da autonomia e preservação da integridade (LANSKY et al., 2019). Atenção e respeito por autonomia e consentimento devem ser valores fundamentais, indicadores centrais de qualidade na atenção à maternidade (KINGMA, 2021). Executar um procedimento com falta de informação e atitude pouco empática, é semelhante a um estupro, como episiotomia, uma prática agressiva, basicamente porque não são informadas quando executam ou quais as razões para ser feita (FLORES et al., 2019).

A relação médico/a-paciente extrapola a competência técnica e a habilidade no trabalho, pois necessita de uma comunicação ética e ética na comunicação, baseadas na empatia e no respeito à autonomia. Percebida pelos/as obstetras, englobando diferentes aspectos do ato em saúde, das possibilidades de expressão, necessitando reflexão e disponibilidade dos envolvidos para seu entendimento mais profundo, VO é sutil e subjetiva, pois os/as obstetras entendem que são vítimas de violência durante seu exercício profissional, seja em relação à estrutura institucional e precarização do trabalho, seja enquanto “vítima das vítimas”, nas ameaças, desacato e desrespeito, pois acreditam que toda mulher tem direito de exercer sua escolha, mas, quando há divergência de opinião, a autoridade médica deve ser respeitada, tendo como fundamento o bom desfecho para a mãe e o bebê (SENS; STAMM, 2019a). A nomenclatura VO desagrade os/as profissionais, que criticam a forma como o/a obstetra é responsabilizado/a e com a mídia polemizando, a atuação profissional (SENS; STAMM, 2019b). Entrevistas com profissionais de maternidade mostraram que a maioria deles/as reconhece a importância de padrões mínimos de comunicação e respeito à autonomia da mulher durante o parto (AFULANI et al., 2020).

5.4. Papel da Autonomia do médico/a no contexto da VO

A ausência de informações sobre VO e não ter ferramentas suficientes para lidar com ela dificulta a relação médico/a-paciente e pode gerar despersonalização e desgaste emocional, desconforto emocional dos/as profissionais de saúde fechando-se em si mesmos e deteriorando sua relacionamento com os pacientes, com alta possibilidade de conduzir a práticas negativas envolvidas na VO (PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO; CASAS-ARELLANO, 2015). As políticas de saúde recomendam que os estabelecimentos de saúde mudem a cultura de prestação de

cuidados maternos para um modelo de prestação de cuidados individualizados e, simultaneamente, atendam às necessidades fisiológicas, emocionais e culturais das mulheres (VACAFLO, 2016). Reconhecida a importância da autonomia, do consentimento e da boa comunicação na tomada de decisão, embora a mulher em trabalho de parto seja um ser humano genuinamente autônomo, a prática clínica as considera não em sua plena capacidade porque estão passando por intensa dor e medo das contrações, em estado alterado físico e de consciência, com equilíbrio na tomada de decisão profundamente afetado, portanto o que dizem não necessariamente significa o que querem dizer, e respeitar a autonomia deve incluir compreender que a mulher não quer ser informada ou envolvida no processo pois a turbulência do parto já é fardo que faz que prefiram que o/a profissional tome as rédeas da situação (VILLARMEA; KELLY, 2020). A relação de poder entre profissionais e mulheres na atenção ao parto interfere no exercício da sua autonomia e preservação da integridade corporal e psicológica, para a decisão e escolhas informadas, e cabe promover as mudanças necessárias com ênfase no cuidado centrado na necessidade da mulher, assegurando o acesso às boas práticas e o respeito aos direitos de autonomia e de decisão. (LANSKY et al., 2019).

Como em outras áreas da medicina, há questões importantes sobre como construir confiança com compaixão e sensibilidade, autonomia, e promulgar a tomada de decisão compartilhada para chegar a um consentimento genuíno e moralmente transformador sem sobrecarregar, isolar ou alienar pacientes que podem estar assustadas, vulneráveis, com dor ou simplesmente limitados em sua capacidade de absorver informações (KINGMA, 2021). Atos que as mulheres grávidas identificam como mais agressivos tem a ver com formas de abuso verbal por funcionários/as de saúde e serem filmadas ou fotografadas com telefones celulares, sem sua autorização (FLORES et al., 2019).

Para as parturientes, a VO - a apropriação dos corpos das mulheres pelo pessoal de saúde - é aceitável principalmente se questões de infraestrutura são a fonte da falta de privacidade, da dureza na linguagem, e de atrasos que não ameaçam a vida; estes desconfortos então não são percebidos como culpa do/a profissional do hospital, mas sim percebido como externo à sua própria condição (CASTRO; SAVAGE, 2019). O uso arbitrário de sua autoridade e saber, pelo/a profissional de saúde, no controle do corpo e da sexualidade das pacientes, é uma das principais fontes de VO a que são submetidas as mulheres nos serviços de saúde, sugerindo

que os/as profissionais de saúde se abram a uma proposta de parto humanizado (SENS; STAMM, 2019a). As propostas para a prevenção da VO, estão em três categorias de ação: a educação e informação de pacientes e profissionais, a melhoria da infraestrutura institucional, e a responsabilização de outros profissionais não médico/as, de outros agentes envolvidos (SENS; STAMM, 2019b).

O estresse e esgotamento são barreiras reconhecidas para uma comunicação eficaz, a escassez de pessoal e a alta carga de pacientes resultante leva ao estresse entre os/as profissionais, o que resulta em problemas de interações com as parturientes, portanto o conhecimento da importância de comunicação efetiva e autonomia é essencial, mas não suficiente para se engajar em comportamentos centrados na pessoa, e as intervenções precisam ir além de didáticas sobre a importância da comunicação e autonomia e direitos do paciente, mas ir em direção às ferramentas para efetivamente superar a brecha entre saber-fazer (AFULANI et al., 2020). A VO reflete uma realidade vivenciada nos processos de trabalho de parto por todo o mundo, e configura-se uma situação complexa e grave que independe de raça, etnia ou classe social, embora mais prevalente em mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica, com falta de comunicação e empatia, recusa à dieta e acompanhante de livre escolha, avaliação excessiva da dilatação cervical (SANTOS CARER et al., 2021). A VO tem sido denunciada ao redor do mundo, designando experiências em que as mulheres se sentiram invadidas, desrespeitadas e/ou alienadas do próprio corpo em um momento de vulnerabilidade, com falas desrespeitosas por parte da equipe e práticas rotineiras extremamente invasivas e sem comunicação prévia, descumprimento da lei do/a acompanhante, e procedimentos médicos – como a episiotomia, a anestesia e a própria cesariana – realizados de forma rotineira, sem compartilhamento de decisões e sem amparo psíquico (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021).

A VO é violência de gênero, gerada pelo poder exercido pelos/as profissionais de saúde, em violação dos direitos da mulher durante a gravidez, parto e puerpério tanto no nível obstétrico quanto ginecológico, por atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde (ORTEGA et al., 2021). O componente humano do cuidado durante o processo de parto, o cuidado humanizado melhora a atenção ao parto nas instituições hospitalares (BORGES DAMAS et al., 2021). A maioria das mulheres que engravidam estão sujeitas a alguma forma VO – seja na gestação, no parto e pós-parto ou mesmo nas

situações de abortamento – nos serviços de saúde, por termos um modelo institucionalizado de assistência bastante intervencionista e medicalizado, que perpetua e reforça opressões e hierarquias de gênero, raça e classe (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021). Se identificam formas de VO por um hábito médico autoritário permeando as práticas, injustiças epistêmicas, que ignoram os interesses, necessidades e dignidade das mulheres; e a mulher indígena sofre ainda o estigma e o desrespeito aos seus saberes e práticas ancestrais (GLEASON et al., 2021). Se o parto é pensado como um processo cheio de riscos e espera-se que a mulher coloque a saúde dos bebês acima de tudo, questionar instruções ou decisões médicas podem ser interpretadas como uma manifestação de egoísmo (BALLESTEROS, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sublinha a aprendizagem de comunicação na relação médico/a-paciente baseada nos aspectos técnico e humanístico, bioético. A bioética traz para este contexto dialógico a consideração de que existem procedimentos médicos entendidos como VO propostos com objetivo de beneficência da gestante/parturiente e do feto que o/a médico/a deve ter autonomia para realizar, sendo compreendido que não há nisto ato contra a autonomia da gestante/parturiente. A bioética age conduzindo o/a médico/a obstetra a estabelecer um vínculo mais efetivo com a gestante/parturiente, fragilizada física, psíquica e emocionalmente, se esforçando para compreender sua perspectiva, assim como a gestante/parturiente igualmente respeitando a autonomia do/a profissional. Entendendo ambos, obstetra e paciente como seres biopsicossocial, enfatizando a necessidade de desenvolver entre ambos uma relação empática, na construção de uma relação ética mais perspicaz da bioética e dos direitos humanos. A ampliação desta capacidade de assimilação das perspectivas do/a obstetra e da parturiente e sua singularidade, resulta em uma maior cooperação e confiança, e possibilita que o/a médico/a obstetra possa propor e negociar as intervenções que considere adequadas. A confiabilidade na relação médico/a e paciente parte do diálogo humanizado entre o/a médico/a e a gestante/parturiente, desenvolvido através da abordagem da bioética, proporcionando adesão terapêutica e bem-estar psicológico e emocional, equilíbrio entre o respeito pelo trabalho médico e pela autonomia da gestante/parturiente, sem rivalidades e perplexidades.

Esta revisão integrativa de literatura observou que para algumas parturientes a VO está relacionada ao tipo de intervenção, mas para a maioria das gestantes VO se relaciona com a forma de tratamento na relação da equipe de saúde (não somente da equipe médica) com a parturiente e seus familiares. Há significados perceptivos da VO nos relatos das parturientes, havendo necessidade de mudanças nas práticas profissionais para qualificar a assistência obstétrica de forma humanizada. Ainda que se tente dimensionar a VO, o desrespeito e abuso de mulheres durante o parto, se esbarra com a falta de definições claras, falta de limites estabelecidos entre a autonomia do/a médico/a visando a beneficência da parturiente e a autonomia da mulher quando aos direitos referentes ao seu corpo durante o processo do parto. O Código de Ética Médica traz a importância do diálogo franco, claro e direto entre o/a médico/a e a paciente. Sublinha que é vedado para o/a médico/a deixar de obter consentimento da paciente ou de seu representante legal após esclarecer sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte, assim como desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

O resultado desta pesquisa conduz a concluir pela importância de se ampliar os estudos sobre a autonomia do médico/a obstetra durante os procedimentos, apontando as dificuldades relacionadas e assim buscando - no olhar da bioética - soluções para melhorar o relacionamento médico/a-paciente, e buscando o respeito mútuo. Ressalte-se que muito se fala sobre o respeito com a autonomia da paciente, porém tem sido pouco estudada a autonomia do médico/a. Conclui-se pela sugestão de que novas pesquisas sejam feitas buscando focar a autonomia do médico/a e trazendo o olhar da bioética para ampliar o diálogo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFULANI, P. A. et al. Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. **Reproductive health**, v. 17, n. 1, p. 1–17, 2020.
- BALLESTEROS, V. A stigmatizing dilemma in the labour room: Irrationality or selfishness? **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 28, n. 5, p. 875–882, 2022.

- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. Principles of biomedical ethics: marking its fortieth anniversary. **The American Journal of Bioethics**, v. 9, n. 12, 2019.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. Oxford University Press, 2001.
- BORGES DAMAS, L. et al. Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 37, n. 1, 2021.
- CASTRO, A.; SAVAGE, V. Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. **Medical anthropology**, v. 38, n. 2, p. 123–136, 2019.
- CHILDRESS, J. F.; BEAUCHAMP, T. L. Common morality principles in biomedical ethics: Responses to critics. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 31, n. 2, p. 164–176, 2022.
- FLORES, Y. Y. R. et al. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.
- GLEASON, E. G. et al. Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. **Salud colectiva**, v. 17, p. e3727, 2021.
- HENRIQUES, L. V. L.; MELO, R. C. P. DE C.; ESPINEY, L. M. C. DE A. D. Cuidar no respeito pela Dignidade Humana da pessoa idosa institucionalizada: um protocolo de scoping review. **Enfermería Actual de Costa Rica**, v. 40, 2021.
- KINGMA, E. Harming one to benefit another: The paradox of autonomy and consent in maternity care. **Bioethics**, v. 35, n. 5, p. 456–464, 2021.
- LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811–2824, 2019.
- LIMA, K. D. DE; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909–4918, 2021.
- MATOS, M. G. DE; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021.
- MELO, E. A.; SANCHES, M. A. Tensões e rupturas entre a contribuição da reflexão dos teólogos católicos e a Bioética: perspectivas históricas| Tension and rupture between the reflections of Catholic theologians and Bioethics: Historical perspectives. **Reflexão**, v. 43, n. 1, p. 47–61, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do

Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. . 2000.

MOTTA, O. J. R. DA; PAULO, A. S. DE. Bioética E O Princípio De Beauchamp e Childress: Noções, Reflexões e Críticas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2436–2448, 2020.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. DE. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, set. 2020.

ORTEGA, I. M. A. et al. Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha, año 2020 / Obstetric violence at the San José de Taisha Hospital, year 2020. **Más Vita**, v. 3, n. 1, p. 66–84, 2021.

PERROTTE, V.; CHAUDHARY, A.; GOODMAN, A. At Least Your Baby Is Healthy” Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. **Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 10, n. 11, 2020.

PINTADO-CUCARELLA, S.; PENAGOS-CORZO, J. C.; CASAS-ARELLANO, M. A. Síndrome de desgaste profesional en médico/as y percepción de la violencia obstétrica. Burnout syndrome in medical and obstetric perception of violence. **Ginecol Obstet Mex**, v. 83, n. 3, p. 173–178, 2015.

PIRÔPO, U. S. et al. Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente Correlation of living will, bioethics, professional activity and patient autonomy. **Rev. Salud Pública**, v. 20, n. 4, p. 505–510, 2018.

SANCHES, M. A. Bioética e teologia: diálogo entre mínimos e máximos. **Estudos Teológicos**, v. 51, n. 1, p. 172–185, 2011.

SANCHES, M. A. et al. Perspectivas bioéticas sobre la toma de decisiones en tiempos de pandemia. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 410–417, 2020.

SANTA_CATARINA. Lei nº 17.097 - Implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. . 2017, p. 3.

SANTOS CARER, A. M. et al. Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 37, n. 1, 2021.

SANTOS, I. L. DOS. Igualdad, equidad y justicia en la salud a la luz de la bioética. **Revista bioética**, v. 28, p. 229–238, 2020.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. DE F. A percepção dos médico/as sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface-Comunicação, Saúde,**

Educação, v. 23, 2019a.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. DE F. Percepção dos médico/as sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico/a-paciente. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019b.

SHAKIBAZADEH, E. et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. **BJOG**, v. 125, p. 932–942, 2018.

SILVA, M. S. et al. Bioética e envelhecimento: respeito ao idoso. **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**, v. 1, n. 1, 2021.

VACAFLOR, C. H. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 47, p. 65–73, 2016.

VILLARMEA, S.; KELLY, B. Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 26, n. 2, p. 515–519, 2020.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: [s.n.].

WHO, W. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. No. WHO/RHR/14.23**. Geneva: [s.n.]. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1>.

WHO, W. **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>>.

ZANELLA, D. C.; SGANZERLA, A.; PESSINI, L. A Bioética Global De V. R. Potter. **Revista Ambiente e Sociedade**, v. 22, p. e02081, 2019.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizou uma reflexão sobre a VO discutindo a autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente, lançando um olhar da bioética sobre a importância da autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente como direito. A partir do artigo

apresentado buscamos responder à pergunta: “Como a bioética pode contribuir quanto à autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente, acerca da VO, discutindo com um olhar da bioética sobre a importância da autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente como direito?”

A hipótese formulada foi evidenciada ao observarmos que pouco ainda se discute sobre a autonomia do/a médico/a e da gestante/parturiente, especificamente em relação a VO. A discussão realizada no estudo e no artigo que o compõe foram baseadas na bioética.

O artigo demonstrou através de uma revisão integrativa que o tema tem sido mais discutido com o olhar das gestantes/parturientes, que VO envolve tanto práticas quanto formas de relacionamento com o corpo de saúde, sublinhando a autonomia da gestante/parturiente, e pouco se tem falado ainda da autonomia do/a médico/a. O estudo deixa perguntas em aberto, que podem ser avaliadas em novos estudos, como: Quais impactos do direito das gestantes/parturientes afetam a autonomia dos/as médico/as? Existe melhora nas questões existenciais tanto das gestantes/parturientes quanto dos/as médico/as? As questões existenciais estão sendo tratadas de modo digno? Quais são as questões bioéticas que o tema levanta? Sugere-se que é importante realizar esforço contínuo para a inserção destas novas possibilidades de cuidado, uma vez que dignidade, com qualidade e com funcionalidade é um direito de todos. Buscar um atendimento com saúde, autonomia, funcionalidade e dignidade é bandeira da bioética, e a bioética pode contribuir quanto à desigualdade de acesso nas decisões e ações em relação a VO, com objetivo de auxiliar no atendimento com qualidade adequada para as gestantes/parturientes e os/as médico/as. A bioética do cuidar apresenta a vulnerabilidade do ser frágil, sujeito à dor e ao sofrimento, sua dignidade ontológica, autonomia e integridade, e convoca à equidade de promover a justiça nos processos da prestação da assistência, problema de justiça social, pois nenhum indivíduo deve ser discriminado.

4. REFERÊNCIAS

- AFULANI, P. A. et al. Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. **Reproductive health**, v. 17, n. 1, p. 1–17, 2020.
- BALLESTEROS, V. A stigmatizing dilemma in the labour room: Irrationality or selfishness? **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 28, n. 5, p. 875–882, 2022.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. Principles of biomedical ethics: marking its fortieth anniversary. **The American Journal of Bioethics**, v. 9, n. 12, 2019.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. Oxford University Press, 2001.
- BORGES DAMAS, L. et al. Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 37, n. 1, 2021.
- CASTRO, A.; SAVAGE, V. Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. **Medical anthropology**, v. 38, n. 2, p. 123–136, 2019.
- CHILDRESS, J. F.; BEAUCHAMP, T. L. Common morality principles in biomedical ethics: Responses to critics. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 31, n. 2, p. 164–176, 2022.
- FLORES, Y. Y. R. et al. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.
- GLEASON, E. G. et al. Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. **Salud colectiva**, v. 17, p. e3727, 2021.
- HENRIQUES, L. V. L.; MELO, R. C. P. DE C.; ESPINEY, L. M. C. DE A. D. Cuidar no respeito pela Dignidade Humana da pessoa idosa institucionalizada: um protocolo de scoping review. **Enfermería Actual de Costa Rica**, v. 40, 2021.
- KINGMA, E. Harming one to benefit another: The paradox of autonomy and consent in maternity care. **Bioethics**, v. 35, n. 5, p. 456–464, 2021.
- LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811–2824, 2019.
- LIMA, K. D. DE; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909–4918, 2021.

- MATOS, M. G. DE; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021.
- MELO, E. A.; SANCHES, M. A. Tensões e rupturas entre a contribuição da reflexão dos teólogos católicos e a Bioética: perspectivas históricas| Tension and rupture between the reflections of Catholic theologians and Bioethics: Historical perspectives. **Reflexão**, v. 43, n. 1, p. 47–61, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. . 2000.
- MOTTA, O. J. R. DA; PAULO, A. S. DE. Bioética E O Princípio de Beauchamp e Childress: Noções, Reflexões e Críticas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2436–2448, 2020.
- NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. DE. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, set. 2020.
- ORTEGA, I. M. A. et al. Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha, año 2020 / Obstetric violence at the San José de Taisha Hospital, year 2020. **Más Vita**, v. 3, n. 1, p. 66–84, 2021.
- PERROTTE, V.; CHAUDHARY, A.; GOODMAN, A. At Least Your Baby Is Healthy” Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. **Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 10, n. 11, 2020.
- PINTADO-CUCARELLA, S.; PENAGOS-CORZO, J. C.; CASAS-ARELLANO, M. A. Síndrome de desgaste profesional en médico/as y percepción de la violencia obstétrica. Burnout syndrome in medical and obstetric perception of violence. **Ginecol Obstet Mex**, v. 83, n. 3, p. 173–178, 2015.
- PIRÔPO, U. S. et al. Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente Correlation of living will, bioethics, professional activity and patient autonomy. **Rev. Salud Pública**, v. 20, n. 4, p. 505–510, 2018.
- SANCHES, M. A. Bioética e teologia: diálogo entre mínimos e máximos. **Estudos Teológicos**, v. 51, n. 1, p. 172–185, 2011.
- SANCHES, M. A. et al. Perspectivas bioéticas sobre la toma de decisiones en tiempos de pandemia. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 410–417, 2020.
- SANTA_CATARINA. Lei nº 17.097 - Implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa

Catarina. . 2017, p. 3.

SANTOS CARER, A. M. et al. Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 37, n. 1, 2021.

SANTOS, I. L. DOS. Igualdad, equidad y justicia en la salud a la luz de la bioética. **Revista bioética**, v. 28, p. 229–238, 2020.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. DE F. A percepção dos médico/as sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019a.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. DE F. Percepção dos médico/as sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico/a-paciente. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019b.

SHAKIBAZADEH, E. et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. **BJOG**, v. 125, p. 932–942, 2018.

SILVA, M. S. et al. Bioética e envelhecimento: respeito ao idoso. **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**, v. 1, n. 1, 2021.

VACAFLOR, C. H. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 47, p. 65–73, 2016.

VILLARMEA, S.; KELLY, B. Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 26, n. 2, p. 515–519, 2020.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: [s.n.].

WHO, W. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. No. WHO/RHR/14.23**. Geneva: [s.n.]. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1>.

WHO, W. **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>>.

ZANELLA, D. C.; SGANZERLA, A.; PESSINI, L. A Bioética Global De V. R. Potter. **Revista Ambiente e Sociedade**, v. 22, p. e02081, 2019.

