

**CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE
TOLEDO” DE PRESIDENTE PRUDENTE**

CURSO DE DIREITO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS ENVOLVIDOS

Camila Dorini Felisbino de Souza

Presidente Prudente/SP

2019

**CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE
TOLEDO” DE PRESIDENTE PRUDENTE**

CURSO DE DIREITO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS ENVOLVIDOS

Camila Dorini Felisbino de Souza

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação da Prof^a. Ms. Ana Laura Teixeira Martelli Theodoro.

Presidente Prudente/SP

2019

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS ENVOLVIDOS

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Direito.

Ana Laura Teixeira Martelli Theodoro

Larissa Aparecida Costa

Leslie Glenda Martins

Presidente Prudente, 07 de novembro de 2019.

Até recentemente, o amor era um tema para os poetas, filósofos e romancistas, mas, hoje, o amor também é estudado pelos cientistas. Hoje nós podemos entender que a capacidade de amar é, em grande parte, organizado e construído durante o período do nascimento.

Michel Odent

Dedico este presente trabalho à Diva Michelini (*in memoriam*), guardiã de minha alma.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha genitora Simone Cristina Dorini, o alicerce do meu ser, uma mulher que possui imensa capacidade de lutar.

Deixo aqui também meus agradecimentos a todos que me apoiaram e acreditaram na importância da minha pesquisa.

Agradeço as inúmeras mulheres que tiveram forças para contar seus relatos de sofrimento durante o parto, ajudando assim, a divulgar informações sobre práticas indevidas realizadas pelos profissionais da saúde.

RESUMO

O presente trabalho, realizado com base no método indutivo e utilizando-se de doutrina, jurisprudência e leis, pretende debater sobre a rotineira violência sofrida pelas mulheres durante a gestação e o parto. Uma a cada quatro brasileiras sofrem violência obstétrica, ou seja, 25% das parturientes passam por traumas durante a gravidez, e a escassez de debate e de informação sobre este assunto são extensores deste problema. O assunto aqui abordado é de extrema importância, principalmente pela ausência de responsabilização dos envolvidos, como o médico, o hospital e o Estado. Mesmo diante desta situação calamitosa, ainda é ínfima a porcentagem de violações obstétricas que chegam efetivamente ao Poder Judiciário, fato que revela a absurda ausência de políticas públicas orientadas à prevenção da violência obstétrica, bem como o baixo conhecimento técnico-científico dos órgãos internos e externos de fiscalização do Sistema de Saúde, inclusive das instituições que exercem a denominada função essencial à Justiça. É necessário reeducar a visão pública sobre o parto, substituindo os discursos de hospitalização do processo reprodutivo pelos discursos de humanização da assistência obstétrica.

Palavras-Chave: Violência Obstétrica. Ato Ilícito. Ausência de Responsabilização Civil. Infraproteção do Estado.

ABSTRACT

The present work, held with the inductive method and using doctrine, jurisprudence and laws, intend to debate about the usual violence suffered by women during their pregnancy and childbirth. One in four Brazilian women suffered obstetric violence, which is 25% of the parturient that passed through traumas during their pregnancy, and the lack of debate and information about this issue only extends this problem. The issue approached here are of extreme relevance, mainly for the lack of accountability of the persons evolved, as the doctor, the hospital and the State. Even in face of this calamitous situation, the percentage of obstetric violations that effectively reach the Judicial Power are negligible, fact that reveals the absurd lack of public policies directed to the prevention of the obstetric violence, as well as the low technical-scientific knowledge of the internal and external organs of control of the Health System, including the institutions that exerts the nominated essential function to Justice. It is necessary to re-educate the public vision of the childbirth, replacing the hospitalization of the reproductive process speech with the humanization of the obstetric assistance speech.

Keywords: Obstetric Violence. Unlawful Act. Lack of Civil Responsibility. Infra-protection of the State.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ASPECTOS GERAIS	10
2.1 Aspectos Jurídicos	13
2.2 Extinção do Termo Violência Obstétrica pelo Ministério da Saúde	16
2.3 Recomendações do Ministério Público Federal	19
2.4 O Parto Mais Realizado no Brasil: a Cesariana	24
2.5 O Tabu Do Parto Normal.....	32
3. NOTAS EXPLICATIVAS A RESPEITO DA RESPONSABILIDADE CIVIL	36
3.1 Fundamentos da Responsabilidade Civil	37
3.2 Responsabilização do Médico.....	39
3.3 Responsabilização do Hospital	45
3.4 Do Dano	48
3.5 Julgados Relacionados à Violência Obstétrica.....	50
4 CONCLUSÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

1 INTRODUÇÃO

O parto é um feito intenso e essencial para a manutenção da sociedade, é uma experiência humana, psicológica e biológica marcante. Nos dias atuais, o parto é um instituto de confronto entre o protagonismo da mulher e os meios de tecnologia científica. A parturiente é transformada em paciente e seu direito autônomo de escolha é cerceado, ficando submissa a procedimentos não autorizados.

Destarte, a violência obstétrica tem origem no ambiente hospitalar, exercida geralmente pelos agentes da área da saúde, os quais se deparam com a gestante em estado de vulnerabilidade, formando uma relação violenta de domínio.

Nas maternidades hospitalares, as mulheres experimentam situações controversas, como a felicidade da chegada de seu filho, e o pavor de falecer na mesa cirúrgica.

A presente pesquisa aludiu no primeiro capítulo o conceito de violência obstétrica como é visto atualmente em nossa legislação e pelos órgãos públicos. Posteriormente, foi demonstrado de que forma é possível responsabilizar os causadores dessa violação de direitos. Por fim, foram expostos julgados abrangendo o tema que, apesar de serem tímidos, vêm obtendo forças com a difusão de informações.

De modo que, utilizou-se o método científico indutivo, por meio de pesquisa bibliográfica, incluindo recomendações atualizadas da Organização Mundial da Saúde e referências de médicas obstétricas para a construção deste trabalho.

Ao final, concluiu a necessidade de voltar os olhares ao parto humanizado, e utilizar os métodos tecnológicos, como o parto cesariana, a aplicação de ocitocina, somente quando estritamente necessário e não indiscriminadamente como é feito atualmente pelos profissionais de saúde.

Em suma, o objeto deste estudo é analisar os casos de violência contra a mulher em estado gravídico em ambientes hospitalares, bem como apurar a responsabilidade dos envolvidos.

2 ASPECTOS GERAIS

A princípio é necessário entender a origem e a conceituação do termo violência obstétrica, o qual consiste na apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos pelos agentes de saúde, a frente este conceito será discutido de forma ampla e profunda. A questão da violência contra a parturiente foi confrontada inicialmente na Venezuela, como será demonstrado abaixo:

O conceito normativo da prática foi adotado pela Venezuela, primeiro país latino-americano a utilizar a expressão “violência obstétrica” na Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência promulgada em 16 de março de 2007. Posteriormente o termo “obstetric violence” foi cunhado no meio acadêmico pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio em um editorial online publicado em 6 de outubro de 2010 no *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, descrevendo as menções específicas da nomenclatura “violência obstétrica” ora citada na lei venezuelana. Desde então, os movimentos feministas passaram a utilizar o termo na luta pela eliminação e punição dos atos e demais procedimentos violentos realizados durante o atendimento e assistência ao parto, em prol da humanização no momento da concepção. (SERRA; SILVA, 2017, p. 2434)

O debate levantado pelo Dr. Rogelio Pérez D’ Gregorio fomentou a confrontação da situação sofrida pela gestante, pré, pós-parto, vindo a ser tipificada na Venezuela a violência obstétrica, editando-se a Lei nº 26.485, surgindo diversos movimentos para a eliminação dos procedimentos violentos sofridos pela mulher durante o estado gravídico.

No Brasil, Fernando Magalhães, considerado o “Pai da Obstetrícia Brasileira” começou a empregar o termo “humanizar” no início do século XX e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. (SERRA; SILVA, 2017, p. 2434).

A humanização na assistência ao parto requer uma mudança na compreensão do parto como experiência humana de dor, propondo também uma mudança sobre “o que fazer” diante do sofrimento do outro (SERRA; SILVA, 2017, p. 2434).

A importância do debate originado na Venezuela foi de tal notoriedade que a Defensoria Pública do Estado de São Paulo elaborou uma cartilha reconhecendo a ocorrência violência obstétrica, utilizando como base a Lei Venezuelana. Tal cartilha foi elaborada através do Núcleo de Promoção e Defesa dos

Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013, s.p), conceituando a violência obstétrica da seguinte forma:

A violência obstétrica existe e se caracteriza pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumano, abuso da medicação, patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Desta forma, depreende-se que a violência obstétrica consiste na conduta inapropriada praticada por profissionais de saúde, os quais subjagam as parturientes, violando os seus mais diversos direitos, como a informação, a escolha, causando traumas psicológicos, sexuais e físicos, os quais, muitas vezes, são irreparáveis.

Importante salientar que a violência obstétrica pode ser causada pelos profissionais de saúde, profissionais técnicos e administrativos de instituições públicas e privadas. A violência preponderantemente ocorre na relação médico-paciente, que por sua vez acaba tendo apoio institucional, pois o Estado é omissor na fiscalização dos hospitais em relação a procedimentos invasivos e desnecessários. A seguir serão expostas condutas compreendidas no conceito de violência obstétrica:

A episiotomia ou “pique” é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Pode provocar vários problemas que variam no que se refere à gravidade de 1º ao 4º grau. A episiotomia de rotina (praticada na maioria dos partos vaginais) pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal). (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2018, p. 40) (grifo nosso).

A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller. Este recurso foi abandonado pelas graves consequências que lhe são inerentes (trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta). (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 103 apud Obstetrícia Normal, manual de BRIQUET apud DELASCIO; GUARIENTO, 1970, p. 329) (grifo nosso).

O uso rotineiro da lavagem intestinal aparece no Guia Prático de Assistência ao Parto Normal publicado pela Organização Mundial da Saúde de 1996 como um procedimento ineficaz e desnecessário. O documento explica que a prática ainda é largamente utilizada por indícios não comprovados de que estimula as contrações uterinas devido ao intestino vazio.

Ainda que não haja comprovação de que a lavagem intestinal tenha esse efeito, o procedimento é incômodo e apresenta um certo risco de lesão no intestino. (FORTÍSSIMA, 2015, s.p.)

A prática rotineira de tricotomia é realizada com o objetivo de aumentar a proteção contra infecções, caso ocorra uma laceração espontânea do períneo

ou se for necessária a realização de uma episiotomia. Existem evidências científicas que justifiquem essa rotina? Os autores concluem que “as evidências são insuficientes para recomendar tricotomia em mulheres admitidas para trabalho de parto” (UNIMED CUIABÁ, 2010, p. 01) (grifo nosso).

Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto: é a estimulação artificial das contrações uterinas para realizar o parto antes do seu início espontâneo. A resolução da gestação antes do início do trabalho de parto espontâneo é indicada quando há riscos materno/fetais associados a continuidade da gravidez. Quando não há contraindicações para o trabalho de parto e parto vaginal a indução é geralmente preferida, dado o aumento dos riscos maternos associados à cesariana UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, s.d., p. 01) (grifo nosso).

Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto: é o posicionamento da mulher durante o período expulsivo preconizado é a posição ginecológica ou litotomia, ou seja, a mulher deve estar posicionada em decúbito dorsal, com pernas e elevação da cabeça a 30°. Contudo, para alguns profissionais esta posição não é vinculativa deixando-se ao critério da parturiente a decisão sobre a posição que deseja adotar para parir (CARDOSO, 2015, p. 65) (grifo nosso).

Apesar do tema violência obstétrica ser pouco abordado no Brasil, constata-se sua elevada recorrência, ao passo que, segundo informações do Ministério Público do Estado São Paulo, a obstetrícia é mundialmente a área médica com maior número de infrações, seja por homicídios ou lesões corporais (UNIFOA, s.d., s.p.).

Verifica-se no âmbito internacional, a legislação da Argentina, Lei 26.485/2009 define violência obstétrica como:

Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.¹ (ARGENTINA, 2009, s.p.)

Assim, a violência obstétrica submete a gestante à dor excessiva durante o parto, a procedimentos não recomendáveis e a situações de humilhação, as quais prejudicam sua autodeterminação. Cumpre destacar, há países que tipificam a conduta da violência obstétrica, dentre eles, Argentina, Venezuela e México.

Insta salientar que o sistema jurídico brasileiro possui legislações genéricas a respeito de violência obstétrica, apesar de não haver lei nacional específica.

¹ **Tradução própria:** Violência obstétrica: aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais.

Devido à importância do tema, existe o Projeto de Lei nº 7.633/2014, em trâmite no Congresso Nacional, dispondo sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e outras providências. Este projeto foi recebido pela comissão de educação e está aguardando aprovação, veja o teor do último despacho:

“Defiro o Requerimento n. 6.677/2017, nos termos dos arts. 142, caput, e 143, II, “a”, do RICD. Apense-se o Projeto de Lei n. 7.633/2014 ao Projeto de Lei n. 6.567/2013. Em consequência, revejo o despacho inicial apostado ao Projeto de Lei n. 6.567/2013 para determinar sua análise pela Comissão de Educação e pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Esclareço que, para os fins do art. 191, III, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, prevalecerá a ordem de distribuição prevista neste despacho. Publique-se. Oficie-se. [ATUALIZAÇÃO DO DESPACHO DO PL n. 7.633/2014: à CE, à CMULHER, à CSSF e à CCJC (art. 54 do RICD). Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas comissões (art. 24, II, do RICD). Regime de tramitação: prioridade]”. (BRASIL, 2014, s.p.)

Deparando-se com situações como essa é perceptível que o Brasil ainda está caminhando a passos lentos para a aprovação de uma lei nacional, a qual ampare a mulher durante a gravidez e o parto, haja vista que o processo está parado há anos e sem expectativa de aprovação. Ainda mais agora, pois o Ministério da Saúde recomendou a extinção do termo “violência obstétrica”. No entanto, existem inúmeras legislações estatuais, acolhendo as parturientes e fazendo valer os preceitos constitucionais.

2.1 Aspectos Jurídicos

Apesar do Brasil ainda não possuir legislação específica sobre o tema violência obstétrica, legalmente o ordenamento jurídico brasileiro possui um conjunto de normas as quais abrangem proteção para a mulher e o feto.

A Constituição Federal em seu texto legal impôs ao Estado o dever de evitar práticas concretas de violência e o de implantar meios preventivos para sua coibição, como descreve seu artigo 226, bem como a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.

Tratando-se no plano supralegal, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, promulgado pelo Decreto nº 1.973/1996, expressamente contemplou em seu texto normativo a proteção referente ao combate da violência:

Os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

Em relação à violência praticada contra a mulher, verifica-se a ampliação de sua definição a partir da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que foi realizada em Belém do Pará onde, em seu artigo 1º:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher 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.

Em reforço, o artigo 2º do Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996, esclarece que esta Convenção abrange a violência sexual, física e psicológica também quando, alínea b, ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local. Na alínea c, podemos averiguar, a Convenção condenou a postura do Estado omissivo, veja-se: artigo 2º, alínea c, “perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra”.

Alguns Estados-Membros reconheceram a importância do tema violência obstétrica criando leis para amparar à mulher grávida e o bebê. O Estado de Minas Gerais publicou em dezembro de 2018 a Lei nº 23.175, a qual dispõe sobre: “a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado”. Admitindo-se assim a ocorrência da violência obstétrica e buscando sua prevenção ao promulgar uma lei para a proteção da parturiente.

O Estado de Goiás, nos termos do artigo 10 de sua Constituição Estadual, promulgou a Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017, na qual de forma excepcional conceituou e exemplificou as características da violência obstétrica, veja-se:

Art. 1º A presente Lei tem por objetivo a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Goiás.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por doulas, por algum familiar ou acompanhante que

ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no estado puerperal. (grifo nosso)

Art. 3º Para efeitos da presente Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, irônica ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido.

II - ironizar ou recriminar a gestante ou parturiente por qualquer comportamento, como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III- ironizar ou recriminar a gestante ou parturiente por qualquer característica ou condição física, como obesidade, pelos, estrias ou evacuação;

IV - não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V - tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, considerando-a como incapaz;

VI - fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de operação cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII - recusar atendimento de parto;

VIII - promover a transferência da gestante ou parturiente sem a análise e confirmação prévia de existência de vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que ela chegue ao local;

IX - impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X - impedir a mulher de se comunicar com o "mundo exterior", tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, conversar com familiares ou com o seu acompanhante, salvo se houver recomendação médica.

XI - submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, quando estes não forem estritamente necessários, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas ou exame de toque por mais de um profissional (grifo nosso);

XII - proceder a episiotomia quando esta não for realmente imprescindível(grifo nosso);

XIII - manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XIV - fazer qualquer procedimento sem prévia permissão ou não explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado(grifo nosso);

XV - após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVI - submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos realizados exclusivamente para treinar estudantes;

XVII - retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos, necessitarem de cuidados especiais;

XVIII - não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura de trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XIX - tratar o pai do bebê como visita e obstar seu acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º A implantação, coordenação e acompanhamento da Política Estadual de que trata esta Lei ficará a cargo do órgão competente do Poder Executivo.

Como visto, o Estado de Goiás reconheceu os direitos das mulheres em estado gravídico e os deveres dos profissionais de saúde, indo contra o dito pelo Ministério de Saúde, o qual considera o termo violência obstétrica impróprio.

A Assembleia Legislativa do Estado de Rondônia, seguindo a mesma vertente do Estado de Goiás, decretou a Lei nº 606/2017, repudiando a prática de violência obstétrica, prezando que os hospitais informem por meio de cartazes os direitos das parturientes.

Na mesma consonância o Estado do Paraná age, pois, sancionou a Lei nº 19701, de 20 de novembro de 2018, tratando da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Sendo que, esta lei diferencia-se das demais por impor o pagamento de multa caso haja o descumprimento, nota-se:

Art. 9º O descumprimento desta Lei sujeitará:

I - os estabelecimentos ao pagamento de multa no valor de 1.000 UPF/PR (mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), aplicada em dobro em caso de reincidência; e

II - os profissionais de saúde ao pagamento de multa no valor de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), aplicada em dobro em caso de reincidência.

Além desses Estados supramencionados, o Estado de Tocantins (Lei nº 3.385/2018), de Santa Catarina (Lei nº 17.097/2017), do Mato Grosso do Sul (Lei nº 5.217/2018) e o Distrito Federal (Lei nº 6.144/2018), possuem Leis Estaduais específicas para o combate da violência obstétrica, sendo informado para as parturientes quais condutas praticadas pelos profissionais de saúde são inadequadas, consistindo portando, na violação de seus direitos.

2.2 Extinção do termo violência obstétrica pelo Ministério da Saúde

Como dito acima a violência obstétrica, de maneira ampla, é a violação sofrida pela parturiente de seu corpo, de seus direitos e da sua escolha. De acordo com pesquisa da Fundação Perseu Abram (2013, s.p.), uma a cada quatro brasileiras sofrem violência obstétrica, dado este que nos causa temor, devido à omissão do Estado.

Essa negativa do Estado frente a um problema tão corriqueiro somente aumentou, visto que dia 07 de maio de 2019, o Ministério da Saúde emitiu um comunicado extinguindo o termo “violência obstétrica”. Ocasionalmente um retrocesso, ao invés de aplicar as normas da Carta Magna, na qual em seu artigo 226, §8, traz os seguintes dizeres:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.
§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Na forma que, o Ministério da Saúde recomendou a abolição do termo “Violência Obstétrica” no documento de políticas públicas, o despacho foi assinado pelo diretor do departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Marcio Henrique de Oliveira Garcia, pela coordenadora-geral de Saúde das Mulheres, Mônica Almeida Neri, e pelo Secretário-Executivo substituto, Erno Harzheim.

Os argumentos utilizados para essa barbárie foram no sentido de que o termo “violência obstétrica” se refere ao uso intencional da força, e, portanto, não se aplica a todos os incidentes que ocorrem durante a gestação, parto ou puerpério. O Ministério da Saúde considera a expressão “imprópria”, pois acredita que, nos momentos de atendimento à mulher, “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (DOMINGUES, 2019, s.p.).

O Ministério dessa maneira fechou os olhos para os casos concretos de violência obstétrica, visto que, os médicos, os enfermeiros, estão praticando nítidas condutas em desacordo com o Código de Ética Médica.

O Ministério da Saúde ainda justificou que a mudança acompanha o Conselho Federal de Medicina (CFM), o qual no parecer 32/2018, relator Ademar Carlos Augusto, 23 de outubro de 2018, afirmou:

EMENTA: A expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.
[...] Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 01)

No entanto, esses argumentos serão desmistificados no decorrer deste trabalho, visto que, recai sobre os profissionais da saúde tanto a responsabilidade mediante dolo, quanto a responsabilidade culposa.

Ainda assim, existem inúmeros casos do efetivo dolo dos agentes de saúde, esta conduta deve ser penalizada e não acobertada pelo Poder Público. Agora

com essa nova normativa pode-se ver explicitamente o Ministério da Saúde indo contra os seus deveres e protegendo condutas as quais deveriam ser punidas severamente.

A seguir será exposto o depoimento de uma mulher que durante o parto foi violentada moralmente pela enfermeira, pessoa esta que deveria lhe trazer bem-estar e não lhe causar dor. Por Luíza Massa (2016, s.p.), veja-se:

Uma auxiliar de enfermagem veio e disse que eu estava com frescura porque parto normal era assim mesmo, doía e que eu tinha que ter pensado antes de engravidar, já que não estava preparada para parir. Ela dizia isso enquanto eu estava deitada na cama toda ensanguentada e meio desacordada. Então, pedi que a acompanhante da outra grávida chamasse a minha mãe ou o pai do meu filho (meu marido na época). Minha mãe conseguiu subir, mas foi barrada na porta. Na troca do plantão pela manhã, a obstetra que assumiu me encontrou desacordada. Foi aí que ela solicitou que a minha mãe subisse para ajudá-la. Ela me colocaram no chuveiro e a médica pediu que me dessem soro com ocitocina para tentar fazer o parto. Mesmo assim, ela me avisou que não sabia se seria possível e que talvez nem eu e nem o meu bebê sobrevivêssemos. Apesar disso tudo, o parto normal aconteceu. Lembro que cerca de 12 pessoas estavam na sala e eu estava desorientada – não tinha dilatação e nem líquido amniótico. Também não recebi anestesia porque o anestesista estava atrasado para o plantão. No fim, foi isso que aconteceu: fui submetida a um parto normal com quatro centímetros de dilatação, fizeram algo parecido com uma manobra de fórceps, mas com as mãos, tomei 28 pontos na episiotomia e demoraram cerca de 40 minutos para retirar a placenta. Meu filho já estava em sofrimento e passou 22 dias na UTI. Acredito que o meu parto era para ter sido cesárea logo quando cheguei no hospital, já que havia perdido muito líquido amniótico, mas as obstetras estavam dormindo e não queriam ser acordadas. A minha ‘sorte’ foi que chegou outra médica no dia seguinte. Mas em um momento de extrema felicidade em que as pessoas deveriam me deixar tranquila, eu ouvi as piores coisas da minha vida. Me deixaram sozinha e sequer me atenderam quando eu passei mal. (grifo nosso).

É inaceitável a ocorrência das práticas descritas acima, a parturiente, teve cerceado seu direito legal ao acompanhante, sofreu a episiotomia de forma indiscriminada, foi ofendida moralmente pela enfermeira, havendo total descaso quanto a ela e seu bebê pelo hospital. Condutas como essas dos profissionais da área da saúde são recorrentes no sistema hospitalar brasileiro, precisam ser conhecidas e sofrerem medidas cabíveis para serem extintas. Porém, o Ministério da Saúde foi na contramão da lógica e da legislação, e tentou extinguir o termo “violência obstétrica”, causando assim, dúvidas sobre quem os representantes da população querem proteger.

A respeito da tentativa de extinção do termo “violência obstétrica” é de suma importância citar a posição do médico obstetra Doutor Alberto Guimarães:

Não se resolve a questão retirando ou proibindo o termo. É preciso combater algo que é sabidamente ruim e definir melhor políticas públicas, a relação médico-paciente, o que o profissional pode fazer para atender de maneira mais atenciosa, dar boa assistência no pré-natal, boa estrutura no ambiente da maternidade, bons profissionais envolvidos, e não atender pacientes demais ao mesmo tempo. (GUIMARÃES, 2019, s.p).

É certo que muitos médicos se sentem ofendidos com o termo tema deste presente trabalho, no entanto, o ponto crucial a ser posto em análise é a vida da parturiente e do feto. Pois, ao ponderar a situação, é perceptível o dever do médico em fazer o correto para a mulher e não o mais fácil a ele. Sendo assim, o incomodo da classe médica ao termo violência obstétrica somente denota a costumeira falta de responsabilização dos médicos frente as suas atitudes errôneas.

2.3 Recomendações do Ministério Público Federal

O Ministério Público Federal indignado diante do parecer do Ministério da Saúde, o qual de forma arbitrária tentou extinguir o termo violência obstétrica, editou a Recomendação nº 29/2019, juntada nos autos do Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81, veja-se o trecho:

Que atualmente o Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81 conta com 1.952 páginas em seus autos principais, bem como 40 Anexos referentes a hospitais e maternidades públicas e privadas diversas, trazendo dezenas de denúncias apresentadas por mulheres e documentos técnicos encaminhados por diversas entidades tratando do atendimento ao parto no país.
 [...] Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias de mulheres que foram submetidas a cesarianas desnecessárias contra sua vontade, apenas por conveniência médica e ou falta de experiência do profissional no atendimento ao parto normal, situação inequívoca de violência contra a mulher e que lhes expõe a maiores riscos de vida. Visto que a realização de cesarianas desnecessárias submete a mulher a três vezes mais riscos de morte no parto. (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019) (grifo nosso)

O inquérito civil realizado pelo Ministério Público Federal demonstra as inúmeras violações dos direitos da mulher em estado gravídico, evidenciando a solicitação da Procuradora da República Ana Carolina Previtalli, a qual pediu para o Ministério da Saúde se abster de realizar ações voltadas a abolir o uso da expressão violência obstétrica e, em vez disso, tomar medidas para coibir tais práticas agressivas.

O documento editado pelo Ministério da Saúde o qual acompanha o Conselho Federal de Medicina (CFM), parecer 32/2018, afirma que o termo não condiz com o modo como a Organização da Mundial da Saúde se refere a respeito e o uso do termo violência, somente sendo justificado se praticado de forma intencional contra a paciente, visando lhe causar danos físicos.

A seguir será exposto o documento supramencionado, sendo assinado por Mônica Almeida Neri, Coordenadora-Geral de Saúde das Mulheres, Marcio Henrique de Oliveira Garcia, Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Erno Harzheim, Secretário-Executivo, substituto, veja-se:

Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”.

Embora não haja consenso quanto à definição desse termo, o conceito de “violência obstétrica” foca a mulher e o seu momento de vida (gestação, parto ou puerpério).

A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.

O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.

Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano.

Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.

Encaminha-se ao GAB/SAS para prosseguimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a, s.p) (grifo nosso).

Verifica-se no despacho editado pelo Ministério da Saúde o uso de expressões como: “Embora não haja consenso quanto à definição desse termo [...] definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS)”, tentando suprimir a importância do presente debate.

Em contrapartida, a recomendação dada pelo Ministério Público Federal (MPF) demonstra justamente o oposto do declarado pelo Ministério da Saúde, na forma que a Organização Mundial da Saúde expressamente reconhece a violência física e verbal no parto, em suas declarações:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, s.p.)

No mesmo sentido da Organização Mundial da Saúde, a Ordem dos Advogados do Brasil se manifestou, por meio da Comissão Nacional da Mulher Advogada e da Comissão Especial de Direito Médico e da Saúde, a fim de repudiar o despacho proferido pelo Ministério da Saúde que buscou abolir o uso do termo “violência obstétrica” por considerá-lo impróprio. Veja-se:

Tal postura dificultará a identificação da violência de gênero ocorrida durante a assistência do ciclo gravídico-puerperal, impactando negativamente a saúde pública. Ressalte-se que a violência de gênero ocorrida contra a mulher em estabelecimento de saúde, público ou privado, durante a sua assistência, é considerada um agravo de saúde pública e deve ser objeto de notificação compulsória, conforme disposto na lei federal nº 10.778/2003.

O ato de amenizar condutas violentas cometidas contra as mulheres, sem observar casos específicos e o reflexo do despacho no mundo jurídico, fere o artigo 20 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. Também contraria fortemente as políticas públicas de proteção e erradicação da violência contra a mulher e a Convenção de Belém do Pará, além da já citada Lei Federal nº 10.778/2003.

A medida também constitui ato de censura contra importantes atividades científicas desenvolvidas em todo país sobre o tema, por limitar a utilização de dados e evidências nos programas que serão desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

O despacho, portanto, claramente fere os direitos fundamentais das mulheres, as políticas públicas de identificação, prevenção e erradicação da violência contra mulher e o interesse público. (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2019, s.p.)

Seguindo essa mesma linha de pensamento a Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (ANADEF), posicionou-se dizendo:

A Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (Anadef) repudia com veemência o despacho do Ministério da Saúde que abole o termo “violência obstétrica”, usado para definir casos de violência física ou psicológica contra mulheres e recém-nascidos na gestação ou na hora do parto.

A Anadef julga a extinção do termo um verdadeiro preciosismo político, visto que a justificativa do Governo Federal foi associá-lo ao viés ideológico. A cinco dias do Dia das Mães, é inquestionável o retrocesso nos direitos das mulheres promovido pelo Ministério da Saúde com a medida, que está na contramão do trabalho realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pautado na redução da mortalidade materna, em muitos casos provocados pela violência obstétrica.

Para os defensores e defensoras federais, a violência obstétrica continua sendo qualquer ato de irresponsabilidade ou agressão praticado contra gestantes e o bebê durante o atendimento nas maternidades. A Anadef se solidariza com todas as mães do Brasil e reafirma a sua luta contra qualquer violência à mulher, seja ela física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual. (MIGALHAS, 2019, s.p.)

Sendo, portanto, inaceitável seguir a recomendação dada pelo Ministério da Saúde no mês de maio de 2019, pois, a violência obstétrica é uma situação comprovadamente sofrida pela parturiente e pelo feto, e não é extinguindo o termo que essa conduta ilegal dos profissionais de saúde irá desaparecer, ao contrário, somente irá ficar mais difícil para as vítimas procurarem respaldo no judiciário e provarem os danos que lhes foram causados.

Como dito pela ANADEF, a extinção do termo se trata de preciosismo político frente à classe médica, a qual busca se blindar dos próprios erros, porém, todos os erros precisam ter consequências para assim serem evitados veementemente, ainda mais se tratando de vidas humanas.

Na mesma linha, o Estado do Amazonas por meio de nota pública divulgada em 14 de maio de 2019, manifestou repúdio ao despacho publicado pelo Ministério da Saúde, dispondo:

O Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica do Amazonas instituído pela Portaria nº 0397/2017 – GSUSAM vem a público manifestar repúdio ao despacho emitido em 03 de maio de 2019 pelo Ministério da Saúde, cujo teor ressalta que a “expressão violência obstétrica não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”.

O Comitê Estadual reúne instituições públicas, privadas e representantes da sociedade civil organizada e atua na coordenação de ações para a erradicação da violência obstétrica e para a melhoria do acesso e atendimento à mulher nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados ou militares.

Sua instauração decorreu do reconhecimento, pelas diversas entidades que o compõem, de que a violência obstétrica existe e necessita ser combatida para que se garanta a dignidade e os direitos mais básicos da mulher que se encontra no estado gravídico ou puerperal.

A partir das análises e trabalhos realizados pelos integrantes do Comitê, em conjunto ou em apartado, foi possível comprovar a prática de atos de violência obstétrica em dezenas de mulheres no Amazonas, por profissionais de diversas categorias.

São casos em que há registro de violência física, sexual, moral e psicológica, omissões, negligência, imprudência, imperícia, imposição de condutas não recomendadas – tudo em violação da legislação vigente e, sobretudo, violação de direitos humanos das mulheres.

No Brasil, leis estaduais vigentes nos estados de Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rondônia, Santa Catarina, Tocantins, além do Distrito Federal reconhecem o termo e definem o que é violência obstétrica.

Ainda nos estados em que ainda não vige regulamentação específica, importante destacar que os fatos precedem e independem de definição legal e, infelizmente, a assistência deficiente existe e é importante fator nas taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil.

Atualmente, quase noventa representações de violência obstétrica compõem o Inquérito Civil nº 1.13.000.000721/2019-24, que segue em curso no Ministério Público Federal no Amazonas, havendo dentre elas nove casos de óbito fetal, quatro óbitos infantis e sete casos de morte materna. Ainda, se somam a esses números os casos de mutilações e casos em que se vislumbram sequelas maternas e infantis graves, físicas e psicológicas.

O despacho do Ministério da Saúde é atécnico e encontra-se desconectado da realidade brasileira e do dever que o aludido Ministério possui de garantir o funcionamento do Sistema Único de Saúde em conformidade com evidências científicas (art. 19-Q, §2º, I da Lei 8080/90). (COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO AMAZONAS, 2019, s.p.) (grifo nosso).

Após análise dessas inúmeras declarações é visível a continuidade da luta contra a violência obstétrica mesmo após a “extinção” do termo pelo Ministério da Saúde, na realidade, houve apenas uma tentativa de silenciar essa prática violenta. Essa falha tentativa somente aumentou a discussão sobre a violência contra a gestante, divulgando ainda mais a sua ocorrência.

Como dito neste tópico, em maio desse presente ano, o Ministério da Saúde publicou um despacho com a intenção de “extinguir” o termo violência obstétrica, no entanto, após diversas manifestações em repúdio ao despacho, mais recentemente, em junho, em resposta a recomendação do MPF, o Ministério da Saúde editou um ofício reconhecendo a liberdade das mulheres em usarem o termo “violência obstétrica”. Observa-se:

11. Assim, entender as mulheres como sujeitos de direitos significa respeitar sua autonomia, suas necessidades, considerá-las nas decisões e cuidados que afetam a sua saúde, de modo que as escolhas sejam realizadas de maneira informada e as decisões de maneira conjunta, representa, na implementação da política, ações desde o pré-natal que promovam a inclusão da mulher e sua família no cuidado compartilhado na atenção ao parto e nascimento, sendo possível, por exemplo, utilizar a caderneta da gestante como uma ferramenta de conhecimento de direitos e de saúde.

12. Nesse sentido, o MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b, p.3) (grifo nosso)

Nesse ofício, o Ministério da Saúde reconheceu o “legítimo direito” das mulheres em disporem do vocábulo o qual decidirem ser mais apropriado, entretanto, não fez qualquer menção que incluirá o termo “violência obstétrica” em políticas

públicas². Averigua-se que em nenhum momento o Ministério da Saúde em seu novo despacho fez referência à palavra tema deste trabalho.

2.4 O Parto Mais Realizado no Brasil: a Cesariana

Com o avanço da medicina a mulher perdeu a crença em si própria, atualmente, a maioria das mulheres por falta de informação e por uma construção social patriarcal acredita que não conseguem ter seus filhos por parto normal. Surge também a ideia do parto por cesariana ser o método mais seguro para a gestante e para o feto. Essa concepção é somente falácia, sendo maior o número de mortes de parturientes quando é realizado o parto cesariana do que o parto normal.

Posto isto, entra-se no debate do número de cesarianas realizadas no Brasil, visto que, segundo recomendação presente no Relatório Maternidade Segura e Assistência ao parto Normal: guia prático, publicado em 1996 pela Organização Mundial da Saúde, as maternidades devem obedecer a um limite máximo de 15%, em matéria de procedimentos cesarianos.

Adverso a recomendação supramencionada está o Brasil, no qual segundo dados da Pesquisa Nascer no Brasil, é o líder mundial no número de nascimentos via cesárea (cerca de 52% dos partos nacionais registrados), sendo que, no setor privado de saúde, essa porcentagem chega ao incrível número de 88%.

Nesta mesma pesquisa ficou constatado:

Estimam que quase um milhão de mulheres sejam submetidas à cesárea anualmente em nosso país sem indicação obstétrica adequada.

[...]quase 70% das mulheres entrevistadas mostravam preferência por um parto vaginal no início da gestação, mas poucas foram apoiadas na sua opção; o alto índice de prematuridade, na ordem de 11%; e a constatação de uso elevado de procedimentos médicos durante o processo de parto, especialmente que têm mais dinheiro.

[...], perdem a oportunidade de ser protagonistas do nascimento de seus filhos, são expostas com eles a maiores riscos de morbidade e mortalidade e aumentam desnecessariamente os recursos gastos com a saúde. Estudos recentes mostram também as consequências e repercussões da via de nascimento no curso natural do desenvolvimento intrauterino dos recém-nascido e sobre a saúde futura das crianças, incluindo o risco aumentado de obesidade, diabetes, asma, alergia e outras doenças não transmissíveis (NOGUEIRA; PASTORE, 2014, s.p.) (grifo nosso).

² Porém, ao jornal Folha de S. Paulo, o secretário da pasta, Erno Harzheim, disse que o Ministério da Saúde mantém a decisão de não usar esse termo em suas normas e políticas públicas (CANCIAN, 2019, s.p.)

Perquirindo esses dados pode-se concluir que é realizado um altíssimo número de cesarianas desnecessárias, procedimentos, os quais ocorrem somente por serem convenientes para o médico. A cesariana toma 45 minutos do tempo do médico, em média, e o parto normal pode demorar entre 12 a 14 horas, em média.

Para Cláudia Magalhães, obstetra do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), a indicação de cesariana é controvertida. Veja-se:

O grande número de cirurgias realizadas no Brasil está relacionado ao modelo de assistência obstétrica vigente, principalmente no setor privado, no qual o médico é o principal responsável pelo parto. “O médico está inserido no sistema de convênios, que remuneram inadequadamente, para não dizer vergonhosamente, o profissional, que assim não consegue disponibilizar-se para horas de cuidado de uma única mulher em trabalho de parto”, diz. De acordo com a médica da Unesp, a agenda de um ginecologista-obstetra, no consultório, é incompatível com a disponibilidade para ficar horas dedicando-se a um único atendimento, quando poderia atender naquele mesmo período 20 ou mais consultas. Já as cesarianas podem ser agendadas conforme a disponibilidade da agenda do profissional (MAGALHÃES, 2014, s.p.).

Olhando-se a legislação específica para os profissionais da saúde, isto é, o Código de Ética Médica, surge à importância citar o artigo 14, no qual expõe as vedações médicas. Veda-se ao Médico: “Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 35).

Dessa forma, os médicos promoventes do induzimento das mulheres a realização do parto cesariano indiscriminado estão indo contra o Código de Ética Médica, pois como visto, no Brasil é realizada cesariana sem a devida necessidade, pelo impasse de que o plano de saúde remunera os médicos com baixo valor por parto. Portanto, por questão de tempo e praticidade os profissionais da área, recorrem ao procedimento mais rápido, a cesariana.

Torna-se indispensável citar o texto publicado na Revista Época, “Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto”, no qual há relatos sobre as violações sofridas pelas mulheres na hora do parto, veja-se:

No Brasil, ainda há muito que mudar nessa área. Uma demanda contra violência obstétrica chegou também ao Ministério Público de São Paulo, em 17 de novembro de 2014. A apresentação incluiu uma audiência com promotores, especialistas e funcionários do Ministério da Saúde. Na ocasião, a mineira Joyce Guerra contou sua história. Em 2007, Joyce deu entrada em uma maternidade em Guaxupé, Minas Gerais. Joyce não enxerga – ela não viu os rostos dos que a atenderam. O bebê estava prestes a nascer, por parto normal. Aí começaram os problemas. Disseram que havia mecônio

(as primeiras fezes do bebê) no líquido amniótico – um perigo potencial para a criança. Deixaram-na apreensiva, mas não fizeram exames adicionais nem a informaram de mais nada que indicasse a gravidade ou a ausência da ameaça. Joyce pediu que chamassem sua médica, mas não foi atendida. Optaram pela cesárea. Não admitiram acompanhante. Depois de duas tentativas frustradas de anestesiá-la, a equipe prosseguiu com a cirurgia assim mesmo. “O anestesista puxava meu cabelo para eu não desmaiar de dor”, diz. A criança ficou na UTI por uma semana antes de ir para casa. Joyce procurou um advogado, mas ele não aceitou a causa, porque ninguém havia morrido. O efeito das redes se tornou evidente no caso da paranaense Kelly Mafra. Quando ela publicou seu relato em um grupo fechado para mães no Facebook, em 2014, não imaginava que o primeiro comentário mudaria sua cabeça. A experiência na maternidade, no nascimento do primeiro filho, havia ficado muito aquém de suas expectativas. Mas, até então, ela não pensava ter sofrido abuso. O comentário da colega de grupo lhe avisou que ela havia sido vítima de violência obstétrica. Neste ano, o relato de Kelly e o de outras 30 mulheres que deram à luz no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, em Foz do Iguaçu, Paraná, chegarão ao Ministério Público no Paraná. O primeiro incômodo foi ser alvo de deboche por parte da equipe médica, por um problema decorrente da gestação (ela tinha hemorroidas). Na sala de parto, não permitiram a entrada do marido de Kelly, apesar de o direito ser garantido em lei desde 2005, mesmo ano em que o Costa Cavalcanti ganhou, pela Organização Mundial da Saúde e pelo Unicef, o selo Hospital Amigo da Criança, um prêmio por boas práticas com gestantes. Quando as dores das contrações chegaram, ouviu: “Na hora de fazer, não gostou?” e “Não grita, vai assustar as outras mães”. Depois que o bebê nasceu, disseram que ela levaria o “ponto do marido”, para “continuar casada”. No parto normal de Kelly, o médico fez um pequeno corte no períneo (um grupo de músculos que sustenta os órgãos pélvicos) para facilitar a saída do bebê, a episiotomia. Recomendado em alguns casos pela OMS, no Brasil o procedimento é regra. Kelly não foi avisada. Na sutura, o médico deu um ponto a mais, para apertar a abertura da vagina. O procedimento, sem base científica, acompanha a crença de que o parto alargaria a vagina e tornaria o sexo insatisfatório para o homem. Kelly ainda sente dores por isso. A direção do hospital disse desconhecer a ação e os problemas numerados e condenar as práticas mencionadas. (LAZZERI, 2015, s.p.) (grifo nosso).

Condutas médicas como a acima exposta são inaceitáveis e obviamente constituem formas de violência obstétrica, porém, são poucas as ações que chegam ao judiciário, por falta de apoio e informação as parturientes e suas famílias. E as ações efetivamente propostas são bombardeadas por improcedência devido à falta de provas, já que os profissionais da saúde presentes durante a violência não vão contra os médicos, não declarando o ocorrido.

Nesse sentido os profissionais da saúde estão claramente violando o artigo 14 do Código de Ética Médica, sendo que as cesáreas somente são necessárias quando o trabalho de parto não evolui e a parturiente e o feto são postos em riscos.

Não havendo, portanto, justificativas clínicas para um percentual tão elevado de cesarianas, as parturientes perdem a oportunidade de serem protagonistas do nascimento de seus filhos, e são expostas juntamente com eles a maiores riscos de vida, veja-se a pesquisa realizada:

A incidência de NMM (*near miss materno* - uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicação da gravidez) na pesquisa foi de 10,20 por mil nascidos vivos, valor três vezes maior que os coeficientes dos países europeus, com a maior taxa observada entre as mulheres com mais de 35 anos e com cesarianas anteriores. Verificou-se ainda a elevação da incidência de NMM conforme o aumento do número de cesarianas prévias. Um gradiente crescente da incidência de NMM também foi observado segundo o número de maternidades procuradas para internação no momento do parto, sendo significativamente maior para quem procurou três ou mais serviços. (...) A taxa de morbidade neonatal *near miss* (NNM), nessa pesquisa, foi de 39,2 por mil nascidos vivos, três vezes e meia a taxa de mortalidade neonatal (11,1 por mil). Os que nasceram nas capitais de estados, em hospitais públicos e por cesariana tiveram maior morbidade neonatal *near miss*. (DIAS et al, 2014, s.p.)

Dessa maneira, constatamos que os valores da mortalidade materna neste País são inadmissíveis, sendo de 3 a 4 vezes maiores que os encontrados no conjunto dos países desenvolvidos no início da década de 2010.

Para tentar coibir práticas desnecessárias a Organização Mundial da Saúde realizou cinquenta e seis recomendações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018, p. 03-07), visto que esses atos são muitas vezes prejudiciais para a mulher e o feto, dessa maneira, Princess Nothemba Simelela, diretora-geral adjunta da área de Família, Mulheres, Crianças e Adolescentes da Organização Mundial da Saúde, explicou sobre o ponto:

Queremos que as mulheres deem à luz em um ambiente seguro, com profissionais capacitados e em instalações bem equipadas. No entanto, a crescente medicalização dos processos normais de parto está prejudicando o protagonismo da mulher para dar à luz e impactando negativamente na experiência do nascimento. Se o trabalho está progredindo normalmente e a mulher e seu bebê estão em boas condições, eles não precisam receber intervenções adicionais para acelerar o parto (SIMELELA, 2018, s.p.)

Apesar de ações como a da diretora-geral da Família da Organização Mundial da Saúde, atos contrários são realizados, o programa de televisão Profissão Repórter publicou documentário sobre violência obstétrica, mostrando a dolorosa realidade das gestantes brasileiras, o documentário evidencia situações como a descrita abaixo:

O vídeo do parto de Alinca Fonseca se tornou um dos símbolos da luta contra a violência obstétrica. O vídeo registra a enfermeira sobre a mãe em um procedimento que hoje é contraindicado pela Organização Mundial de Saúde e proibido em países como a Inglaterra. Era o segundo parto de Alinca. Ela

recebeu insultos do médico, uma enfermeira fraturou sua costela forçando sua barriga e ela foi proibida de tocar no bebê após o nascimento.

Mesmo sem uma lei federal que defina o assunto, Alinca está processado a equipe médica por violência obstétrica. O processo criminal está suspenso, o que pode ser feito em crimes de menor gravidade e quando os acusados não respondem por outros crimes. O processo no Conselho Regional de Medicina ainda está em andamento (PROFISSÃO REPORTER, 2018, s.p.) (grifo nosso)

Essas condutas médicas supramencionadas claramente violam o artigo 20 do Código de Ética Médica, veda-se ao médico:

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 36)

Torna-se fundamental citar trecho do artigo publicado pelo Defensor Público do Estado de São Paulo Júlio Camargo de Azevedo, no qual elenca as diversas normas que estão sendo amplamente quebradas por nosso Poder Público e pelos profissionais de saúde, veja-se:

O mais curioso é que tudo isso ocorre à revelia de diretrizes e normatizações estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde e pela ANVISA, que, desde meados dos anos 2000, orienta suas ações pela “Humanização do Parto”, consoante os seguintes compromissos assumidos: a) Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Ministério da Saúde, 2004); b) Programa de Humanização do Parto e Nascimento (Ministério da Saúde, Portaria 569/00); c) Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (Ministério da Saúde, 2003); d) RDC 36/2008 e Instrução Normativa 02/2008 – ANVISA (que regulamentam os serviços de atenção obstétrica e neonatal e impõe a adoção de medidas que incentivem o parto humanizado e a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal no país) (AZEVEDO, 2015, s.p.)

Deparando-se com essa realidade evidencia o quão grande é o despreparo do Estado, frente aos casos de violência obstétrica, pois, como demonstrado, o Estado se torna cada vez mais omissivo, apesar dos amplos Programas Públicos que repudiam a violência obstétrica.

O Estado de Rondônia possui legislação específica sobre o tema violência obstétrica, a qual visa proteger a mulher em estado gravídico de ter seu direito de escolha viciado por atitude fraudulenta do médico, inteire-se, Autógrafo de Lei nº 606/2017:

Art. 3º. Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal, emocional ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

VI - fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprova dos e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê.

A seguir será exposto o caso de uma gestante que foi forçada pelo judiciário a realizar o procedimento cesariano, mostrando-se o despreparo do poder público. Situação descrita pela Associação Artemis, entidade de referência na implantação de políticas e serviços voltados para a melhoria da vida das mulheres, dando suporte ao setor público e privado na execução das mesmas, sendo que esta apresentou denúncia do Caso Adelir perante os órgãos de defesa dos Direitos Humanos locais, veja-se:

Em 31/03/2014, Adelir Carmem Lemos de Góes, mulher de 29 anos, moradora de Torres/RS e membro da comunidade cigana local, grávida de sua terceira filha, foi retirada de sua casa durante a noite por policiais armados para ser submetida à cirurgia cesariana contra a sua vontade, em hospital municipal onde realizava o acompanhamento pré-natal. Naquele dia havia estado no hospital realizando exame de ultrassonografia no qual não foi lhe informada à conclusão do exame, nem disponibilizadas as respectivas imagens, com recomendação de internação para cirurgia.

Suspeitando da acurácia dessa avaliação médica, única, a gestante assinou um termo de responsabilidade porque desejava obter uma segunda opinião. Porém, antes disso e naquele mesmo dia, a médica/hospital ingressou em juízo perante a Vara da Infância, sendo deferida a intervenção para condução coercitiva da mulher para cirurgia, sem se oportunizar o contraditório.

A cirurgia foi realizada na madrugada de 01/04/2014 sem que a mulher pudesse assistir o nascimento da filha (sua visão foi coberta) e o pai foi impedido de entrar para assistir o parto, apesar da legislação vigente lhe garantir esse direito caso a mãe assim deseje.

Durante todo o procedimento médico a mulher recebeu por parte dos profissionais de saúde tratamento hostil, com zombarias e inferiorizações, marcando negativamente o momento no aspecto psicológico.

A situação vivida por Adelir afronta a legislação civil bem como os Tratados Internacionais de violência contra a mulher (Convenção do Pará) e discriminação contra a mulher (CEDAW), além das recomendações do Ministério da Saúde e diretrizes do Código de Ética Médica. (CASOTECA DE LITIGÂNCIA ESTRATÉGICA EM DIREITOS HUMANOS, s.d., s.p.) (grifo nosso).

O caso mostra o poder da decisão médica, através de uma única opinião médica, Adelir Carmem Lemos de Góes teve seu direito de escolha cerceado pelo despreparado judiciário. Essa decisão médica de que a cesariana era o procedimento necessário foi questionado por especialistas e estudiosos do tema. Além de suprimir a liberdade de escolha da gestante pelo tipo de parto, o hospital não autorizou a

entrada do genitor do bebê na cirurgia, direito este previsto pela Lei do Acompanhante, de caráter federal.

Essa referida situação ocorreu no Rio Grande do Sul, à medida que, o Estado de Santa Catarina possui a Lei nº 17.097 de janeiro de 2017, a qual tem por objetivo a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Lei esta inutilizada pelos servidores do Estado e do hospital.

Pesquisas científicas demonstram que bebês nascidos de cesarianas apresentam riscos maiores de dificuldades respiratórias e são internados, em Unidade de Terapia Intensiva neonatal, com mais frequência. Quando não tem indicação clínica, a cesariana aumenta 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe de acordo com o Ministério da Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016, s.p.).

A contrassenso desses dados acima citados o então Governador do Estado de São Paulo, João Dória, sancionou o projeto de Lei n. 435/2019, autorizando a cesariana no Sistema Único de Saúde sem indicação médica. Insta salientar, a mulher precisa ter a liberdade de escolha no seu parto, no entanto, essa liberdade precisa estar agregada a informação, e atualmente a maioria das parturientes não a possuem.

O Brasil atualmente realiza inúmeras campanhas para reverter à elevada taxa de parto cesárea e diante dessa nova Lei do Estado de São Paulo, o Núcleo de Defesa da Mulher (Nudem) da Defensoria Pública de São Paulo divulgou parecer técnico contrário ao projeto, assinado por diversos profissionais da área da saúde, veja-se o comunicado da defensora:

Pensar na cesariana como política pública não vai trazer um ambiente de menos violência para as mulheres. A cirurgia é importante e deve ser utilizada para salvar vidas. Mas quando a gente pensa na diretriz da OMS e nas normativas do Ministério da Saúde que tratam sobre benefícios do parto normal, o risco de adotar a cirurgia cesárea como uma política pública é que você pode aumentar o número da morte materna e da morte neonatal (SOUZA, 2019, s.p).

Essa inconsequente Lei n. 435/2019 foi aprovada sob o argumento de que a mulher pede pelo parto cesariana, o parto não é realizado, e ela morre. Porém, não há embasamento técnico justificando isso. Destarte, a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) emitiu uma nota declarando que a

proposta não está clara e falta fundamento científico para comprovar que maior acesso a cesáreas diminuiria a mortalidade materna ou dos bebês, pelo contrário, observe:

A SOGESP vem esclarecer a seus associados e a população do Estado de São Paulo os motivos que a levaram a se posicionar contra a aprovação do PL 435/2019, na forma como este foi apresentado. É importante dizer que em nenhum momento a SOGESP se posiciona contra o respeito à autonomia da mulher no sistema público e privado, e muito menos quanto à ampliação do acesso à analgesia de parto. Porém, o PL e as justificativas apresentadas pela própria deputada, em seus pronunciamentos na ALESP e em vídeos e textos em redes sociais, não são condizentes com as evidências científicas existentes. (ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019, s.p.)

Ainda sobre a nota da SOGESP:

[...]há evidências científicas de que o aumento de taxas de cesárea não leva à redução da morbi-mortalidade perinatal. E a afirmação de que a realização de cesarianas (por solicitação da paciente inclusive durante o trabalho de parto) reduzirá o número de casos de paralisia cerebral não encontra amparo na literatura médica. Ao contrário, há dados na literatura médica que comprovam que o aumento nas taxas de cesariana não traz modificações na ocorrência de paralisia cerebral. Isso inclusive motivou a realização de estudos que permitiram que se concluísse que somente 10% dos casos de paralisia cerebral são associados a eventos durante o parto. [...] Fazer afirmações sobre a possível redução de casos de paralisia cerebral com a opção pela cesariana, sem apoio na literatura médica, também compromete o acesso à informação de qualidade para que as gestantes possam exercer plenamente sua autonomia.

[...]Uma das prováveis consequências deste projeto será o aumento indiscriminado nas taxas de cesárea. Este fato também não foi analisado de forma adequada, inclusive com planejamento sobre seu impacto em relação às complicações da cesariana como maior risco de hemorragia e infecção; especialmente quando o procedimento é realizado durante o trabalho de parto. Justifica-se que as taxas de complicações de cesáreas a pedido (programada durante o pré-natal, fora de trabalho de parto e sem indicação médica) são semelhantes àquelas relacionadas ao parto vaginal programado, porém o projeto prevê a realização de cesárea por solicitação da mulher durante o trabalho de parto. E não há estudos na literatura e nem análises no Estado de São Paulo sobre este tipo de intervenção (cesárea por solicitação materna durante o trabalho de parto), não sendo possível prever as consequências deste PL para a saúde da mulher e para o sistema de saúde do Estado. Lembro aqui que este projeto de lei se aplica ao SUS e que não houve análise sobre o número de leitos, especialmente de UTI, que podem ser necessários e se há leitos disponíveis, ou sobre como será estruturado o sistema de saúde para cumprir esta lei.

Importante pontuar também que não houve qualquer avaliação sobre o impacto desse PL e do aumento do número de cesáreas na mortalidade materna. O Estado de São Paulo tem apresentado aumento significativo de sua razão de morte materna que em 2012, era de 35/100.000 nascidos vivos e que, em 2017, ultrapassou 50 mortes maternas /100.000 nascidos vivos. No Estado de São Paulo a segunda causa de morte materna são as hemorragias. É sabido que o aumento de cesarianas está associado à placenta prévia, acretismo placentário, e, portanto, a hemorragias após o parto. Um projeto de

lei que aumenta taxas de cesarianas e, com isso, o risco de acretismo placentário e conseqüentemente, de morte materna, sem análise mais profunda, não irá colaborar para a melhoria da saúde de nossas mulheres e pode ainda colocá-las em risco. Neste momento em que, temos um número inaceitável de morte materna no nosso Estado, as ações precisam ser voltadas para a redução da morte materna e não para o seu possível aumento. (FRANCISCO, 2019, s.p.) (grifo nosso).

Após a análise deste parecer elaborado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, conclui-se a assustadora ausência de dados do Governo do Estado de São Paulo para a aprovação da Lei n. 435/2019, causando insegurança às gestantes e seus familiares perante ausência de informações de qualidade baseadas em estudos científicos.

Percebe-se a carência de preparo do poder público defronte a situação da violência obstétrica, podendo ser visto o deserto de informações científicas levadas em consideração pelos legisladores e um discurso baseado em falácias sendo, exposto as mulheres, as quais não devem se contentar com dados imprecisos, buscando através de instituições como a Sogesp e a Artemis, respaldo contundente.

2.5 O Tabu Do Parto Normal

É notório que a mulher sempre conseguiu parir por meio de parto vaginal, porém, com o avanço da ciência a parturiente foi induzida a acreditar que o parto cesariano é melhor para ela e para o nascituro, concepção errônea, pois a taxa de mortalidade de mulheres aumenta mediante ao parto cesariana, como demonstrado no tópico acima.

A seguir será exposta a distinção dos diversos modos de partos, atente-se:

Entende-se por parto natural aquele realizado sem a intervenção ou um procedimento desnecessário durante o período do trabalho de parto, no parto ou pós-parto. E com o atendimento centralizado na mulher. No parto natural, a saída do bebê ocorre pelo canal da vagina, sem qualquer intervenção cirúrgica. O parto natural é aquele em que o médico ou a enfermeira obstetra simplesmente acompanha o parto. É o parto normal sem intervenções, como anestésias, episiotomia [corte cirúrgico feito no períneo] e indução. O tempo da mãe e do bebê são respeitados e a mulher tem liberdade para se movimentar e fazer aquilo que seu corpo lhe pede. A recuperação é rápida. Para realização do parto de forma normal ou tradicional, são utilizados de maneira rotineira alguns procedimentos como: corte vaginal, colocação do soro na veia, raspagem dos pelos, lavagem intestinal, suspensão da alimentação, repouso na cama hospitalar, proibição da presença de um

acompanhante, entre outras ações (PASTORAL DA CRIANÇA, 2019, s.p.) (grifo nosso).

Parto humanizado, por vezes também chamado de parto respeitoso, é o nome que damos quando as condutas são baseadas em evidências científicas e os desejos e direitos da mulher e do bebê são respeitados. É importante também que a gestante esteja munida de informações de qualidade para poder tomar suas decisões de forma consciente. Por exemplo, não é honesto com a mulher omitir os malefícios de determinada intervenção, apenas para que ela consinta com essa prática, não é mesmo? Para isso é importante que a assistência como um todo seja humanizada, e não somente o parto (VENTAPANE, 2018, s.p.) (grifo nosso).

A cesária é um tipo de intervenção em que o médico faz um corte no abdômen, seguido de um corte no útero para retirar o bebê. Considerando que o corte é uma intervenção cirúrgica, isso implica em riscos de anestesia, pontos de sutura, um doloroso processo de recuperação, uma possível infecção e uma potencial impossibilidade de ter um parto normal em uma próxima gravidez (PASTORAL DA CRIANÇA, 2019, s.p.) (grifo nosso).

Entender a existência de diferentes tipos de partos é essencial para a adequação da mulher de acordo a sua situação de saúde.

Quando se pensa em parto normal realizado pelo Sistema Único de Saúde, esquece dos inúmeros benefícios e depara-se com as graves violações ao corpo e psicológico da mulher em estado gravídico.

Em relação ao parto normal realizado no Brasil a pesquisa do Nascer no Brasil demonstrou o seguinte:

Entre as gestantes que tiveram parto vaginal, observou-se a predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado que ignora as melhores evidências científicas disponíveis. A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitadas de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga (manobra de Kristeller). Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimento desnecessários e não são recomendados pela Organização Mundial da Saúde como procedimentos de rotina. Poucas mulheres brasileiras tiveram chance de vivenciar um parto sem as intervenções anteriormente descritas, apenas 5% do total, valor muito inferior aos 40% do Reino Unido (NASCER NO BRASIL, 2012, p. 03.) (grifo nosso).

Analisando-se esses dados fica perceptível o quão defasado está o sistema de saúde, o parto era para ser um processo natural e feliz, porém, acabou se tornando um procedimento violador de direitos.

Esses dados precisam ser vistos como inaceitáveis, pois, a mulher em qualquer parto que se submete acaba sendo violada, menosprezada. A parturiente é cortada sem seu consentimento, é exposta a situações degradantes, humilhantes.

Atente-se ao relato de Kelly Mafira, vítima da violência física, moral, no momento do parto:

Depois que o bebê nasceu, disseram que ela levaria o “ponto do marido”, para “continuar casada”. No parto normal de Kelly, o médico fez um pequeno corte no períneo (um grupo de músculos que sustenta os órgãos pélvicos) para facilitar a saída do bebê, a episiotomia. Recomendada em alguns casos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil o procedimento é regra. Kelly não foi avisada. Na sutura, o médico deu um ponto a mais para apertar a abertura da vagina. O procedimento, sem base científica, acompanha a crença de que a vagina se alargaria após o parto, tornando o sexo insatisfatório para o homem. Kelly ainda sente dores, uma vez que a elasticidade normal do órgão foi reduzida (LAZZERI, 2015, s.p.).

Condutas médicas como a supramencionada são inadmissíveis, é necessário resgatar o protagonismo e a corresponsabilidade da mulher durante o parto, conferindo-lhe informações necessárias para realmente exercer de forma efetiva o seu direito de escolha entre o parto cesárea, normal ou humanizado, e para declarar quais procedimentos está disposta a aceitar.

Essa escolha da gestante precisa ser respeitada pelos profissionais de saúde, admitindo-se conduta diversa somente em caso de risco concreto, previamente identificado e fundamentado pelo médico, após discussão com a gestante.

Insta salientar os benefícios do parto natural, o qual é mais vantajoso para a gestante e o feto, acolha-se:

No parto natural, a recuperação da mulher é mais rápida. O trabalho de parto pode durar até 12 horas, mas tem menos riscos de infecções, não há dor no pós-parto, não há necessidade de uma anestesia. Também ajuda a liberar os pulmões do bebê e, a cada novo parto, o processo será mais fácil. Já na cesária, a recuperação da mulher é mais lenta. A duração é mais rápida, mas tem mais complicações, mais riscos de infecções e dor depois. É preciso anestesia, o bebê poderá ter, mais tarde, dificuldades respiratórias e, a cada novo parto, será mais complicado do que o anterior.

O bebê pode nascer de uma maneira tranquila, saudável, com menos riscos e em um ambiente acolhedor. Também há menos riscos de doenças respiratórias, de broncoaspiração após o parto. Mais uma vantagem, é o início imediato e a maior duração da amamentação, favorecendo a criação do vínculo entre a mãe e o bebê. O leite materno após o parto natural tem uma descida mais rápida, pois não existem os efeitos colaterais da anestesia do pós-cirúrgico para a mãe (PASTORAL DA CRIANÇA, 2019, s.p.).

Sendo indispensável expor a importância da realização do parto natural, tanto que o Estado do Paraná em Lei específica sobre violência obstétrica teve o cuidado de no artigo 3º, inciso VII, citar o parto normal como algo digno de respeito, situação a qual deveria ser óbvia, veja-se:

Lei nº 19701 de 20/11/2018:

Art. 3º São direitos da gestante e da parturiente:

VII - o parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas sem que haja uma justificativa clínica;

Após analisar o exposto neste tópico, percebe-se a essencialidade de combater as práticas médicas abusivas e ultrapassadas, como a prática de episiotomia e ocitocina, erguendo uma barreira intransponível de direitos das parturientes contra uma cultura sanitária arcaica e corporativa, a qual caminha à margem da racionalidade científica.

Torna-se essencial citar o programa do Governo Federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida, a Rede Cegonha. Na qual entre suas ações está a implantação de Centros de Parto Normal, onde a mulher é auxiliada por uma enfermeira obstetra, num ambiente preparado para ter acompanhante, podendo também exercer suas escolhas, como se movimentar livremente e ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Dentre os objetivos deste projeto, destaca a redução da mortalidade materna e infantil e as ocorrências de cesarianas desnecessárias na rede pública de saúde, humanizando o parto, oferecendo as gestantes um ambiente mais adequado, privativo e um atendimento centrado na mulher e na família.

3. Notas Explicativas a Respeito da Responsabilidade Civil

A princípio precisamos estabelecer as bases essenciais seguidas atualmente no nosso ordenamento jurídico sobre o tema responsabilidade civil, portanto, é necessário saber o conceito de responsabilidade, antes de adentrarmos especificamente na responsabilização dos médicos e dos envolvidos na violência obstétrica.

É relevante afirmar que DANTAS (2001, p. 341) conceituava o principal objetivo da ordem jurídica como sendo o ato de proteger o lícito e reprimir do ilícito. Vale-se dizer: ao mesmo tempo a responsabilidade se empenha em tutelar a atividade do homem o qual se comporta de acordo com o direito, e reprimir a conduta daquele que o contraria.

Destarte, Carlos Roberto Gonçalves (2015, p. 193), extrai da responsabilidade o dever de restaurar o equilíbrio moral e patrimonial provocado pelo autor do dano. Exatamente o interesse em restabelecer a harmonia e o equilíbrio violados pelo dano constitui a fonte geradora da responsabilidade civil.

No Direito Romano a responsabilidade sem culpa era regra, o causador do dano era punido conforme a Lei das XII Tábuas, com a pena de Talião (olho por olho, dente por dente). Diante dessa situação, averiguou que a responsabilidade civil sem culpa poderia trazer diversos cenários injustos, nascendo à necessidade de comprovação de culpa, sendo visto como uma evolução social.

Com essa nova conjuntura, a responsabilidade mediante culpa passou a ser regra em todo o Direito Comparado, influenciando as codificações privadas modernas, como Código Civil Francês de 1804, o Código Brasileiro de 1916 e ainda o Código Civil Brasileiro de 2002.

A responsabilidade civil originou-se em face do descumprimento de regra ou de preceito normativo, podendo ser dividida em responsabilidade civil extracontratual ou aquiliana e responsabilidade civil contratual ou negocial.

A responsabilidade civil contratual aplica-se nos casos de inadimplemento de uma obrigação, com fulcro nos artigos 380, 390 e 391 do Código Civil. E a responsabilidade civil extracontratual fundada no ato ilícito, artigo 186, e no abuso de direito, artigo 187, ambos do Código Civil.

Como se nota esse modelo binário ou dual, o qual divide a responsabilidade em extracontratual ou contratual foi mantido pela atual codificação

privada. No entanto, conforme destaca a doutrina de Tartuce (2017, p. 500), “a tendência é de unificação da responsabilidade civil, como consta, por exemplo, do Código de Defesa do Consumidor, que não faz a citada divisão”. Portanto, a divisão segundo alguns doutrinadores modernos pode sofrer uma unificação, como já realizada no Código de Defesa do Consumidor.

3.1 Fundamentos da Responsabilidade Civil

Elucida a essencialidade dos artigos bases da responsabilidade civil, dispostos no Código Civil, para assim, serem analisados de uma forma mais acentuada:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Após a colocação dos artigos supramencionados, tira-se a seguinte conclusão sobre o posicionamento da teoria geral do direito atual, a responsabilidade civil decorre de uma conduta voluntária violadora de um dever jurídico, ou seja, o indivíduo que violou norma ou obrigação, resultando em dano, se vê submetido às consequências decorrentes de seu ato lesivo, isto é, à reparação do prejuízo, na tentativa de *status quo ante*, ou pela indenização. Na forma dos aspectos moral, civil e penal.

Conceito de responsabilidade civil trazido por Maria Helena Diniz (2015, p. 51):

A responsabilidade civil é a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou de simples imposição legal.

Em síntese, percebe-se que o ato ilícito, descrito no artigo 186 do Código Civil, constitui uma fórmula entre lesão de direitos e dano causado, gerando o dever de indenizar.

Por conseguinte, o artigo 187 do Código Civil amplia o conceito de antijuridicidade, consagrando a teoria do abuso de direito como ato ilícito, conhecida também por teoria dos atos emulativos. Trazendo uma nova dimensão de ilícito, para abarcar aquele que pratica ato em exercício regular de direito, ou seja, o ato originalmente é lícito, porém, foi exercido fora dos limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé objetiva ou pelos bons costumes.

Nesse ponto, a V Jornada de Direito Civil, aprovou o Enunciado nº 413 com o seguinte teor:

Os bons costumes previstos no art. 187 do CC possuem natureza subjetiva, codestinada ao controle da moralidade social de determinada época, e objetiva, para permitir a sindicância da violação dos negócios jurídicos em questões não abrangidas pela função social e pela boa-fé objetiva.

Fortalecendo o exposto anteriormente, o conceito de abuso de direito mantém relação com os princípios da socialidade e da eticidade, pois o Código Civil atual prevê consequências do ato ilícito para pessoa que age em desrespeito à boa-fé.

Não havendo em se cogitar o elemento culpa na sua configuração, bastando que a conduta exceda os parâmetros consagrados no artigo 187 do Código Civil.

Dessa forma, conforme o entendimento majoritário da doutrina, presente o abuso de direito, a responsabilidade é objetiva, ou independentemente de culpa.

Vejamos o artigo, o qual tipifica a responsabilidade civil, Código Civil:

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.
Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Ante tal artigo, entende-se a responsabilidade civil extracontratual dividida em objetiva e a subjetiva, sendo como regra do Código Civil a responsabilidade mediante culpa, e a responsabilidade objetiva uma exceção.

Destarte, o Código de Defesa do Consumidor trabalha com a ideia de responsabilidade objetiva, como será demonstrado a seguir:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

I - o modo de seu fornecimento;

II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;

III - a época em que foi fornecido.

§ 2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;

II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Em suma, a responsabilidade civil é um tema de considerável complexidade e precisa ser analisado por todas as inúmeras vertentes existentes. De forma que, ao decorrer do trabalho os tópicos aqui expostos serão explicados com maior cautela.

Portanto, apesar da doutrina brasileira divergir sobre os elementos estruturais da responsabilidade civil, prevalece o entendimento que são quatro pressupostos do dever de indenizar, sendo eles: a conduta humana; culpa genérica ou *lato sensu*; nexo de causalidade; dano ou prejuízo.

Posto isto, verifica-se a forma geral da responsabilização civil, sendo criada uma base para entender a responsabilização dos médicos e dos envolvidos na violência obstétrica.

3.2 Responsabilização do Médico

A princípio afere a natureza da responsabilidade médica sendo, em regra, contratual, pois a jurisprudência tem acertado o entendimento de que, quando o médico atende a um paciente, estabelece entre ambos um verdadeiro contrato. Contrato este que faz presumir obrigação de meio e não de resultado, porque o médico não está vinculado a curar o indivíduo, mas sim, a proceder de acordo com as regras e os métodos da sua profissão.

Como supramencionado nos itens anteriores, o ordenamento jurídico brasileiro contempla a existência da responsabilidade civil objetiva e subjetiva. Sendo a responsabilidade do médico, como é um profissional liberal, subjetiva, como podemos retirar do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Trata-se de uma exceção presente no Código de Defesa do Consumidor, porém, de regra no Código Civil. Ao passo que, o primeiro ocupa o fornecedor de serviços de forma geral com a responsabilidade objetiva, trazendo com o profissional liberal uma exceção, pois somente haverá sua responsabilização mediante comprovada culpa.

Destarte, a responsabilidade do médico é subjetiva, calcada na culpa em *stricto sensu*, em imperícia, negligência e imprudência. A primeira é quando o médico não possui o conhecimento técnico adequado que deveria possuir para exercer determinada atividade e mesmo assim ele a exerce, existindo um despreparo por parte do profissional.

A negligência baseia-se no ato de agir sem tomar as devidas precauções, sem atenção, sendo a forma omissa da culpa, há omissão do dever de cuidado, o médico age com o total descaso de seus deveres éticos com o paciente. A imprudência é a culpa comissiva, ou seja, é a culpa de quem age, é a imprevisão do agente as consequências de seus atos, o médico tem perfeito conhecimento dos riscos, e ignorando a ciência médica, toma a decisão de agir mesmo assim.

Pois bem, para a caracterização da culpa, não é necessária a intenção de causar danos ou prejuízo, bastando somente à simples voluntariedade da conduta, a qual deverá ser contrastante com as normas do Código Civil e do Código de Ética Médica, a saber:

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 30).

Dessa forma, quando o profissional liberal em questão, age contra essas normas supramencionadas, ele está agindo com culpa, podendo assim ser responsabilizado.

Para melhor elucidar a questão da violência obstétrica, será elencado um depoimento retirado de ação judicial de responsabilidade civil e dano moral:

Em seu depoimento pessoal (fls. 197/8), a apelada esclareceu que “A médica lhe dizia que fazia força “errado” e que não estava colaborando. Queria colaborar e fazia a força que conseguia, mas estava muito difícil. Não teve acompanhante, pois lhe disseram que não tinha direito. O marido veio vê-la, sua cunhada também, mas não puderam ficar. O deboche das enfermeiras consistia nas outras mulheres que chegavam e tinham rapidamente seus filhos”. E que “até que o anestesista retornasse foi levada novamente na sala de pré-parto para tentativa de parto normal. A médica chegou a gritar com a depoente e pegar sua mão, colocando-a na vagina para a depoente sentisse a cabeça do filho. A médica chegou a colocá-la em posição ginecológica e disse que subiria em sua barriga para expulsar o feto” (...) “foi encaminhada ao centro cirúrgico e seu marido não pode entrar, pois sangrava muito e o anestesista não permitiu. (...) Também disse a médica que na hora de fazer força não queria ver o filho e no momento em que nasceu, queria vê-lo. (...) Não conseguiu visitar seu filho na UTI no mesmo dia, pois não conseguia se mover por conta da cirurgia e lhe foi negada uma cadeira de rodas. (...) Não pretende ter outros filhos, pois ficou traumatizada”. (SÃO PAULO, Tribunal de Justiça. Ap. 0001314-07.2015.8.26.0082, Voto nº 15297, Relator: Fábio Podestá, 2017)

Analisando o depoimento acima exposto, verifica-se que o atendimento médico foi prestado de forma desumana, sem o mínimo de preparo de quem deveria ser perito no assunto. O médico claramente como demonstrado na prova testemunhal agiu com total imperícia e deve ser responsabilizado por isso.

A ação citada foi julgada procedente em primeira instância, sendo negado provimento ao recurso de apelação pelo tribunal. Veja as palavras do desembargador Fábio Henrique Podestá (SÃO PAULO, Tribunal de Justiça. Ap. 0001314-07.2015.8.26.0082, Voto nº 15297, Relator: Fábio Podestá, 2017):

Portanto, o ato de violência obstétrica se perfez tão somente pela inobservância ao direito da autora de ter presente de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos termos do art. 1º, da Lei 11.108/2005. Frise-se que o momento do parto é situação delicada na vida qualquer mulher, que, padecendo de notórias inseguranças e dores, naturais ao ato, ainda se vê em situação de abandono afetivo e psicológico, porquanto separada de pessoa sua convivência e confiança, para estar ali com ela.

A parturiente teve seus direitos nitidamente violados pelos responsáveis do hospital, ao ser negado o direito de seu marido acompanhá-la durante o processo

do parto. O artigo 19-J da Lei nº 11.108/2005 dispõe que a rede pública ou conveniada fica obrigada a permitir um acompanhante para a parturiente durante todo o período de parto, parto e pós-parto.

Completando, o desembargador da causa exposta declarou os seguintes dizeres:

O parto não é um momento de “dor necessária”. A apelada experimentou situação de sofrimento desmedido e, quando informava que não mais conseguia fazer forças, ainda recebeu piadas e comparações jocosas, em momento de aflição, de dores e de notórias alterações hormonais. O parto humanizado é direito fundamental e visa proteger a mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério, bem como se destina à erradicação da violência obstétrica. As mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. (SÃO PAULO, Tribunal de Justiça. Ap. 0001314-07.2015.8.26.0082, Voto nº 15297, Relator: Fábio Podestá, 2017)

Sendo de extrema importância dizer que este julgado é uma exceção em nosso ordenamento jurídico, por dois motivos, o primeiro é que poucas mulheres têm o conhecimento de seus reais direitos durante a gestação e o parto, então, se eventualmente sofrerem violência obstétrica não saberão que poderão responsabilizar os culpados.

O segundo motivo, dessa ação discutida não ser uma regra é por conta de seu resultado, o juiz em primeiro grau julgou procedente a demanda da autora, e o desembargador manteve a decisão, ao ser analisado os parcos julgados sobre o assunto depara-se com o assombroso resultado de improcedências. Resultado este que traz sensação de impunidade.

O ordenamento jurídico brasileiro vem entendendo que a medida da indenização é a extensão dos danos. É sabido, a culpa ainda que levíssima, obriga a indenizar, *in lege aquilia et levíssima culpa venit*. Pois, quando se trata de vida humana, não há espaço para culpas “pequenas” (GONÇALVES, 2014, 46).

A definição de culpa para Savatier (PEREIRA, 1998, p. 54) torna-se de importante observância: “[...] Inexecução de um dever que o agente podia conhecer e observar. Se efetivamente o conhecia e deliberadamente o violou, ocorre o delito civil, ou em matéria de contrato, o dolo contratual”.

Entende que, para ter a responsabilização dos médicos, torna-se necessário: a conduta, o dano, o nexo causal e a culpa. Com aferição do grau de culpa tem-se parâmetros para a indenização devida ao paciente lesionado.

A gradação da culpa é oriunda do Direito Romano e tradicionalmente a doutrina permaneceu com a tripartição em culpa levíssima, leve e grave, sendo esta última um erro grosseiro, um descuido injustificável, quase se equiparando ao dolo. A culpa tida como leve é a falta a qual poderia ser evitada com a atenção do homem médio. A culpa levíssima é a ausência de cuidado extraordinário, o agente deveria ter um conhecimento singular sobre o assunto. Haja vista, todos os graus de culpa supramencionados levam ao dever de indenização.

Como foi devidamente evidenciado neste trabalho, o médico possui uma responsabilidade subjetiva, tendo como elemento a culpa. Assim, o indivíduo que sofreu um dano deverá provar que o profissional liberal agiu com dolo ou culpa, para dessa forma, nascer o dever indenizatório.

No entanto, tratando-se de erro médico há grande dificuldade de se fazer prova que o médico agiu com imprudência, negligência ou imperícia. Muitas vezes irá existir a lesão, porém, poderá haver impossibilidade da comprovação da culpa, gerando uma circunstância aparentemente injusta.

A partir da constatação da dificuldade na comprovação da culpa, surgiu a discussão em torno de se buscar novos fundamentos para a responsabilidade civil, para assim, o médico agir com o devido cuidado, pois, caso não o faça, poderá sofrer as consequências previstas em lei.

Citando-se a teoria da *res ipsa loquitur*, vertida para o português, consiste: “na coisa fala por si mesma”, ou seja, é a presunção da culpa no sentido de que somente através de conduta culposa o resultado danoso ocorreria. Em suma, somente uma conduta negligente causaria o dano.

Diante do mencionado, deve-se ter cautela para aplicar tal teoria, a fim de não desvirtuar a responsabilidade civil subjetiva em objetiva, ao presumir a culpa.

Em alguns julgados norte-americanos verifica a admissão dessa presunção de culpa em ocorrência de: remoção equivocada de partes do corpo; danos a partes saudáveis do corpo; objeto esquecido no paciente durante uma cirurgia; explosão de gases anestésicos; incapacidade resultante diretamente da má aplicação de injeção.

À luz do Código Civil Brasileiro, o aplicador do direito deverá sopesar a eventual ocorrência de culpa da vítima e avaliar, adequadamente o grau de culpa do médico, para assim, fixar a indenização justa ao paciente, não se esquecendo de

levar em conta a culpa levíssima, leve e grave para proporcionalizar esta indenização. Veja-se os artigos do Código Civil:

Art. 944. A indenização mede-se pela extensão do dano.

Parágrafo único. Se houver excessiva desproporção entre a gravidade da culpa e o dano, poderá o juiz reduzir, equitativamente, a indenização.

Art. 945. Se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano.

Em presença de culpas comprovadas, tanto da vítima, quanto do médico, a responsabilidade pelos danos será partilhada entre ambos.

A seguir será evidenciado os critérios usados pelo desembargador Fábio Henrique Podestá para calcular a base indenizatória em ação concreta de comprovada violência obstétrica, a saber:

Aquilatados tais fatos, a indenização por dano moral deve se dar mediante prudente fixação pelo Juiz, de acordo com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, observadas a finalidade compensatória e a extensão do dano experimentado. Referida indenização destina-se a compensar a dor experimentada e, reflexamente, valer de paradigma didático para coibir tais condutas danosas. Com o escopo de inibir novas e idênticas condutas pelo causador do dano, deve corresponder a um valor de desestímulo, não podendo ensejar enriquecimento sem causa, tampouco pode ser ínfimo. Portanto, o quantum fixado (R\$ 50.000,00) não comporta redução, já que moderado e razoável, tanto para compensar os transtornos sofridos pela autora, diante de todo o quadro fático acima destacado, sem que lhe represente enriquecimento sem causa, funcionando, ainda, como inibidor de situações semelhantes, atendendo, portanto, à dupla função do instituto indenizatório. (SÃO PAULO, Tribunal de Justiça. Ap. 0001314-07.2015.8.26.0082, Voto nº 15297, Relator: Fábio Podestá, 2017)

O magistrado utilizou como critério para o cálculo da indenização, a extensão dos danos sofridos pela parturiente, bem como o “alto” valor para inibir novas condutas ilícitas por parte do médico.

3.3 Responsabilização do Hospital

Analisar a responsabilidade do hospital é um dos pontos cruciais deste presente trabalho, ao ponto que o hospital é o local atualmente mais utilizado nos partos.

Quando se recebe uma gestante no hospital, firma-se com ela um contrato de prestação de serviços, seja por escrito, verbal ou mesmo tácito, no qual se obriga os cuidados necessários de qualidade, tanto pelo médico, como pelas enfermeiras, pelos equipamentos em bom estado.

Nesse sentido, entre a mulher em estado gravídico e o hospital se estabelece uma perfeita relação de consumo. Pelo contrato de prestação de serviço médico-hospitalar temos os consumidores (parturiente e sua família) e o fornecedor (hospital), ao passo que, na ocorrência de falhas, deve ser aplicado o Código de Defesa do Consumidor e, subsidiariamente, o Código Civil Brasileiro.

Entende-se que no âmbito da responsabilidade civil por lesão a direitos dos pacientes, o hospital responde pelos atos dos profissionais que o administram (supervisores, diretores), bem como pelos atos dos médicos, enfermeiros ou defeitos em equipamentos, medicamentos, dentre outros.

Para elucidar nosso entendimento, retira-se o artigo 14 da Lei nº 8.078/90:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

Tratando de erro dos funcionários ou dos equipamentos hospitalares a responsabilidade é objetiva, não cabendo perquirir sobre eventual culpa da conduta dos empregados, significando dizer que bastará a parturiente a comprovação do dano e o nexo de causalidade que ligue de forma direta os serviços defeituosamente prestados pelo hospital, nascendo assim, o dever indenizatório.

Nestas circunstâncias, aumenta-se a possibilidade de sucesso na demanda, proposta pelos eventuais lesionados, pois, não existe a necessidade de comprovação de culpa dos profissionais da saúde.

Vale ressaltar, o nosocômio poderá se isentar do dever de indenizar mediante a ocorrência de alguma das excludentes previstas no Código de Defesa do Consumidor, quais sejam: inexistência de defeito no serviço prestado, culpa exclusiva da vítima ou de terceiros, excludentes contidas no artigo 14, §3 da Lei nº 8.078/90.

Para melhor elucidação dos fatos, segue um julgado sobre o assunto, a saber:

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres tem pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido. (SÃO PAULO, Tribunal de Justiça. Ap. 0001314-07.2015.8.26.0082, Voto nº 15297, Relator: Fábio Podestá, 2017)

Ao analisar todo o teor do julgado supramencionado, constata-se a violência obstétrica, os abusos médicos contra as parturientes. Abusos estes os quais não podem ficar impunes, todos os envolvidos devem ser responsabilizados.

Não se pode esquecer, o hospital somente será responsabilizado mediante erro, seja por culpa médica, ou por falha dos equipamentos, não respondendo pelos riscos inerentes à própria atividade. Neste caso, cabe ao hospital provar que as devidas precauções foram tomadas, e houve a efetiva informação a mulher em estado gravídico de todas suas reais possibilidades em relação ao processo do parto, não ficando assim, responsável pelo insucesso da gestação.

Há entendimentos, no sentido, caso o hospital seja condenado a indenizar, este poderá agir regressivamente contra o causador do dano, tendo como fulcro o artigo 13 do Código de Defesa do Consumidor.

Portanto, a responsabilidade legal exclui a responsabilidade contratual, porque tem como base a relação de hipossuficiência dos pacientes (parturiente e feto),

pois está presente a vulnerabilidade. Sendo assim, os riscos dessa atividade médica, deve ser absorvido pelas pessoas jurídicas, resultando em responsabilidade objetiva.

Tratando-se de serviços durante a gestação e o parto prestados por entes públicos, sejam eles, da União, dos Estados ou Municípios, a responsabilidade que recai sobre eles é a objetiva, apesar de, se submeterem a regime jurídico diverso. Como dispõe-se na Constituição Federal:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa. (grifo nosso)

Pode-se perceber que ordenamento jurídico brasileiro adotou a teoria do risco administrativo. Os serviços públicos hospitalares deverão ser analisados sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, especialmente pelo incurso dos artigos 3º c/c art. 14 e 22 da Lei nº 8.078/90, veja-se:

Art. 3º. Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

Apesar dos hospitais públicos estarem sujeitos ao regime de direito público, eles se enquadram no artigo acima citado, devendo assim, seguir as normas do Código de Defesa do Consumidor.

Nota-se o fato do serviço do nosocômio ser prestado de forma gratuita não o isenta do dever de indenização por eventual dano causado a parturiente. Veja-se a Lei nº 8.078/90:

Art. 22. Os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos.

Parágrafo único. Nos casos de descumprimento, total ou parcial, das obrigações referidas neste artigo, serão as pessoas jurídicas compelidas a cumpri-las e a reparar os danos causados, na forma prevista neste código.

Porquanto, há um dever de indenizar, não podendo se esquecer da garantia fundamental à saúde e a vida dos indivíduos descrita na Lei Maior.

Após uma intensa evolução, o direito brasileiro adotou a responsabilidade objetiva do Estado, calcando-se nos princípios da equidade e da igualdade de ônus e encargos sociais. Visto que, se a atividade administrativa é exercida em benefício da sociedade, nada mais justo do que todos responderem pelos danos causados pelos agentes públicos a terceiros, bastando tão somente, a comprovação do nexo causal entre a conduta do agente e o dano sofrido pelos indivíduos.

A seguir será exposto um julgado no qual o hospital estadual foi condenado por erro médico:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO INDENIZATÓRIA - RESPONSABILIDADE CIVIL - HOSPITAL ESTADUAL - ERRO MÉDICO - IMPERÍCIA NO ATENDIMENTO - LACERAÇÃO NA BEXIGA DA PACIENTE DURANTE CESARIANA - PERÍCIA CONCLUSIVA - NEXO DE CAUSALIDADE - TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO - APLICABILIDADE DA TEORIA DA PERDA DE UMA CHANCE - DANO MORAL CONFIGURADO - ISENÇÃO DO PAGAMENTO DA TAXA JUDICIÁRIA ANTE O INSTITUTO DA CONFUSÃO - O pleito indenizatório vem ancorado em responsabilidade civil decorrente de erro médico, da qual deriva a responsabilidade do ente público por ato de seus agentes, prescindindo da averiguação de culpa, relevando apenas o mau funcionamento do serviço. Perícia conclusiva no sentido de que as falhas nos procedimentos médicos realizados foram a causa da sintomatologia clínica apresentada pela autora causada pela laceração na bexiga no ato da cesariana, o que acarretou a necessidade de realização de duas cirurgias, ficando a demandante incapacitada por mais de um mês. Assim, comprovados os atos de imperícia dos agentes do réu no atendimento à vítima e o resultante quadro clínico final. Presença dos pressupostos da responsabilidade civil. Dano moral caracterizado. Verba indenizatória fixada em consonância com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, não merecendo reparo. Exclusão da condenação do Estado do Rio de Janeiro ao pagamento da taxa judiciária ante o instituto da confusão. Provimento parcial ao recurso. (RIO DE JANEIRO, Tribunal de Justiça, Ap. 0009964-60.2016.8.19.0031, Relator: Des. Edson Aguiar de Vasconcelos, 2018)

Embora, a responsabilidade do Estado seja objetiva, esta pode não ser integral, havendo assim, a possibilidade do Estado se eximir da indenização, parcial ou total, a partir da demonstração da ocorrência de caso fortuito ou força maior, culpa exclusiva ou concorrente da vítima ou de terceiros.

3.4 Do Dano

No sistema legal brasileiro é regra que os fatos afirmados em juízo devem ser provados por quem alega, ou seja, o autor da ação possui o ônus da prova. O ônus consiste no encargo de provar a existência do dano, o qual baseia-se o direito à indenização.

Diante disso, o Novo Código de Processo Civil estabelece regras acerca da distribuição do ônus probatório, veja-se:

Art. 373. O ônus da prova incumbe:
I-ao autor, quanto ao fato constitutivo de seu direito;
II-ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

Em se tratando de relação médico-paciente, a fonte de direito também consiste no Código de Defesa do Consumidor, no qual, apesar de impor responsabilidade objetiva para fornecedores de serviços, afastou dessa abrangência os profissionais liberais, entre eles, o médico, que responde subjetivamente perante os pacientes (art. 14, §4º do Código de Defesa do Consumidor).

Desta forma, em regra, para erros praticados por profissionais liberais, os pacientes, no caso, a parturiente, precisa provar a conduta médica que a vitimizou. No entanto, o Código de Defesa do Consumidor traz como direito básico do consumidor, a inversão do ônus da prova, para a facilitação da defesa de seus direitos. Pois, no caso em questão, o médico é o detentor dos conhecimentos científicos necessários para fazer a prova de que não agiu com culpa, porém, essa inversão do ônus fica a critério do juiz, conforme art. 6º, VIII do Código de Defesa do Consumidor:

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Nas demandas indenizatórias baseadas no erro de conduta médica, costuma-se realizar prova pericial a pedido das partes ou por iniciativa do juiz, com a finalidade de verificar se o dano ocorreu em consequência de algum evento culposos.

Toda obrigação de indenizar objetiva a reparação de um dano. Logo, se não há dano, não há obrigação de indenizar, motivo pelo qual o dano é pressuposto e elemento essencial da responsabilidade civil. Regra geral, as indenizações deverão representar a extensão do dano – não mais, nem menos.

3.5 Julgados relacionados à violência obstétrica

O fenômeno da violência obstétrica não é tema recorrente no judiciário brasileiro, sendo ainda pouco arguido. No entanto, buscando-se por violações de direitos das parturientes nos tribunais, alguns acórdãos são encontrados.

Percebe-se que a maioria dos acórdãos analisados são originários das regiões Sul e Sudeste do Brasil, localidades as quais desenvolvem mais políticas relacionadas ao combate à violência obstétrica (SERRA; SILVA, 2017, p. 2440).

O caso exposto é de uma gestante a qual chegou ao hospital em trabalho de parto e por falta de vaga, foi encaminhada a outro hospital, atitude essa que trouxe danos cerebrais irreversíveis ao feto, pelo prolongamento do trabalho de parto. Veja-se o presente acórdão, o qual expõe a omissão institucional do Estado, e a falha dos hospitais:

Ao que se verifica da farta documentação acostada, a parturiente por volta das 04:00 horas da manhã de 22/08/2009, sentiu fortes dores e contrações indicativas de trabalho de parto; dirigiu-se ao Hospital Stela Maris, mas, por falta de vaga para internação foi encaminhada ao Hospital Geral de Guarulhos. Ali, procedeu-se a internação às 10h00; foram realizados alguns exames rotineiros e administrado medicamentos presumidamente para indução; a ficha clínica de fl. 68 indica a perda de líquido há mais ou menos 7 horas; a criança nasceu às 22h00, nono mês de gestação, pesando 3.350kg, medindo 50cm, Apgar 2 e 4 e com afundamento no lado direito do crânio; constatada cianose e anoxia grave, foi reanimado ainda na sala do parto e encaminhado diretamente para a UTI neonatal, com traumatismo craniano, onde permaneceu por aproximadamente 04 (quatro) meses, além de outras internações sucessivas. Utiliza-se de sonda gástrica para se alimentar, em razão da incapacidade de sugar e deglutir (gastrostomia). Aparentemente, sofreu danos cerebrais permanentes e irreversíveis. Lamentável o estado da criança em razão das sequelas deixadas pelo mal que lhe acometeu durante o seu nascimento pelo suposto prolongamento do trabalho de parto (fl. 78) - e, segundo a narrativa, havia a presença de mecônio no líquido amniótico - e por falta, quiçá, de experiência ou habilidade dos profissionais ao se utilizarem dos afastadores Kieland e Simnpson para a retirada da criança do ventre materno. [...]Omisso o prontuário médico, que, até aqui só acusa anormalidades. Se, em tempo hábil, já que, não observada tal, circunstância para a realização do parto, tem-se por imperativo que o início de tratamento específico e imediato evitaria eventual agravamento das consequências sofridas. (BRASIL, Superior Tribunal de Justiça, AgRg no Agravo em Recurso Especial, nº 190.929, Relator: Min. Raul Araújo, 2015) (grifo nosso).

A insegurança produzida pela incerteza de ter ou não uma vaga no hospital para realização do parto, associada à possibilidade de ter que por meios

próprios peregrinar em busca da mesma é uma condição desumana (SERRA; SILVA, 2017, p. 2430 apud DIAS; DESLANDES, 2006).

O julgado a seguir evidencia os danos causados por erro médico, e o quão indenizatório fixado pelo magistrado, o montante inicial de danos morais foi fixado em R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), valor este que sofreu alteração com a propositura do recurso especial devido à gravidade do caso, levando-se em consideração a razoabilidade e a proporcionalidade, atente-se:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. HOSPITAL PÚBLICO. ERRO MÉDICO DURANTE O PARTO, QUE CAUSOU SEQUELAS PERMANENTES EM RECÉM-NASCIDO. PARALISIA CEREBRAL TETRAPLÉGICA MISTA, ACOMPANHADA DE RETARDO MENTAL E EPILEPSIA. QUANTUM INDENIZATÓRIO FIXADO, PELO TRIBUNAL DE ORIGEM, EM VALOR IRRISÓRIO. MAJORAÇÃO. EXCEPCIONALIDADE CONFIGURADA, NO CASO. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. DATA DA FIXAÇÃO. SÚMULA 362/STJ. JUROS MORATÓRIOS. TERMO INICIAL. DATA DO EVENTO DANOSO. SÚMULA 54/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. I. Agravo interno aviado contra decisão publicada em 22/05/2017, que, por sua vez, julgara recurso interposto contra decisão publicado na vigência do CPC/2015. II. Na origem, trata-se de ação indenizatória proposta em desfavor do Distrito Federal, alegando que, em razão de erro médico, durante o parto, em hospital público, o autor, menor impúbere, sofre de paralisia cerebral tetraplégica mista, acompanhada de retardo mental e epilepsia. III. A jurisprudência desta Corte orienta-se no sentido de que, em regra, não se mostra possível, em Recurso Especial, a revisão do valor fixado a título de dano morais, pois tal providência exigiria novo exame do contexto fático-probatório constante dos autos, o que é vedado pela Súmula 7/STJ. Todavia, tal óbice pode ser afastado em situações excepcionais, quando se verificar exorbitância ou insignificância da importância arbitrada, e evidenciada ofensa aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. IV. No caso, restou claramente delineado, no acórdão recorrido, que a paralisia cerebral e demais sequelas, sofridas pelo recém-nascido, ora agravado, decorreram da imperícia da equipe médica que atendeu a mãe do autor, por ocasião de seu nascimento, evidenciando a falha na prestação do serviço médico hospitalar. Não obstante, o Tribunal de origem fixou a indenização por danos morais em R\$ 15.000,00 (quinze mil reais). V. Ante as circunstâncias fáticas delineadas no acórdão recorrido, mostra-se irrisório o valor arbitrado, pelo Tribunal de origem, a título de indenização por danos morais, em R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), levando-se em conta a extensão do dano causado e a gravidade da violação ao direito - sequelas permanentes no recém-nascido, em decorrência de paralisia cerebral tetraplégica mista, acompanhada de retardo mental e epilepsia -, a conduta injustificável do réu, por seus prepostos, bem como a capacidade financeira do ofensor. Merece, assim, ser mantida a decisão ora agravada, que deu parcial provimento ao Recurso Especial da parte autora, para fixar a indenização por danos morais em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), quantum que não se mostra excessivo, diante das peculiaridades da causa, expostas no acórdão de 2º Grau, e que se encontra dentro dos parâmetros admitidos por esta Corte, para casos assemelhados, atendendo aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade (STJ, AgRg no AREsp 442.266/SP, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, DJe de 19/03/2014; AgInt no AREsp 908.469/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO,

TERCEIRA TURMA, DJe de 22/03/2017; AgRg no AREsp 221.110/RJ, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, DJe de 31/10/2012). VI. Quanto à correção monetária e aos juros moratórios, devem ser mantidos os critérios fixados pelo Tribunal de origem, que, em conformidade com a jurisprudência desta Corte, determinou que os juros de mora incidam a partir do evento danoso (Súmula 54/STJ) e a correção monetária, referente à indenização por danos morais, a partir do arbitramento (Súmula 362/STJ). Nesse sentido: STJ, AgInt no AREsp 1.060.027/PB, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe de 06/06/2017; AgRg nos EDcl no AREsp 551.162/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, DJe de 18/08/2015; REsp 502.536/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe de 25/05/2009. VII. Agravo interno improvido. (BRASIL, Superior Tribunal de Justiça, AgInt no AREsp, nº 1094566, Relator: Min. Assusete Magalães, 2017) (grifo nosso)

Diante desta situação percebe-se a necessidade da implementação de instrumentos de monitoramento e fiscalização, adequação de procedimentos, capacitação dos profissionais de saúde, apresentação de relatórios e vistorias por parte dos órgãos competentes.

Dessa forma, é preciso enxergar o parir de outro modo, contemple:

De uma vez por todas, é necessário compreender que o nascimento não consubstancia uma patologia, mas um acontecimento natural, de composição fisiológica, inserido em um contexto histórico, familiar e sociocultural, que liga-se umbilicalmente ao direito à vida, à integridade física, à sexualidade, à reprodução e à dignidade da mulher gestante, de sua família e do neonato. Tratar o parto como uma doença é velejar na direção contrária aos rumos apontados pela doutrina humanizada (AZEVEDO, 2015, s.p.).

Sendo necessário investir em Centros de Parto Natural, perto de maternidades hospitalares, para a prevenção de algum fator de risco. Revelando que o Estado Brasileiro, os hospitais, os agentes da saúde precisam se adequar as recomendações da OMS com a humanização do parto, o respeito ao direito da parturiente ao acompanhante, direito à informação, a autonomia da gestante e o direito de escolha em relação aos procedimentos e métodos a serem utilizados.

4 CONCLUSÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou com base em concepções doutrinária e casos concretos, a realidade sobre a responsabilização dos médicos, dos hospitais públicos e particulares sobre a violação feita à mulher gestante. Destacou-se que as mulheres brasileiras e os nascituros, de qualquer grupo social, estão sendo impropriamente expostos a riscos desnecessários durante o parto.

Os médicos, os enfermeiros, os diretores dos hospitais estão mais preocupados com as vantagens financeiras e o tempo gasto no parto, do que com o bem-estar da mulher em estado gravídico, um momento de felicidade e vida, acaba se transformando em dor e pesadelo.

Pode-se ter como conclusão, é ínfima a taxa de responsabilização dos culpados, são poucas mulheres que conhecem seus direitos, e na maioria das vezes não tem o amparo do judiciário.

O Ministério da Saúde ao invés de acolher e instruir população, somente faz ignorar as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. É nebuloso cogitar na justiça não sendo feita por culpa dos representantes do povo, como é perverso pensar no parto como sendo uma causa de violência para a mulher e o bebê.

Portanto, a violência obstétrica precisa ser identificada, trabalhada, discutida, prevenida e combatida pelo Poder Público, sob pena de ações como estas perdurarem a consubstanciar pequenas ilhas de proteção em meio a um imenso oceano de violações aos direitos das gestantes.

Torna-se de extrema importância reeducar a visão da sociedade sobre o parto, substituindo manifestações de hospitalização do procedimento reprodutivo pelo discurso de humanização da assistência obstétrica.

Por fim, evidência a necessidade de fiscalização efetiva do Estado nos hospitais, centros de saúde, para responsabilizar os culpados e para de forma eficaz garantir os direitos às parturientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Campanha Reforça Alerta sobre Cesáreas Desnecessárias**. 21 de dez. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3122-campanha-reforca-alerta-sobre-cesareas-desnecessarias>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

ALBUQUERQUE, Aline; OLIVEIRA, Lualica Gomes Souto Maior de. Violência Obstétrica e Direitos Humanos dos Pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf>. Acesso em: 15 de out. 2019.

ARGENTINA. **Ley 26.485 de marzo 11 de 2009**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em: <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley_de_proteccion_integral_a_la_mujer_-_argentina.pdf>. Acesso em: 15 de out. 2019.

ARTEMIS. **Associação Artemis**. Disponível em: <<https://www.artemis.org.br/institucional-1>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Posicionamento da SOGESP em Relação ao PL 435/2019**. Disponível em: <<https://www.sogesp.com.br/noticias/posicionamento-da-sogesp-em-relacao-ao-pl-4352019/>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

AZEVEDO, Júlio Camargo. Precisamos falar sobre a violência obstétrica. **Consultor Jurídico (ConJur)**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-mai-16/julio-azevedo-precisamos-falar-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633, de 29 de maio de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_imp?jsessionid=842F7FFCBB19EC42B551036AB05A78E3.proposicoesWeb1?idProposicao=617546&ord=0&tp=reduzida>. Acesso em: 16 de out. 2019.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto de 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.htmhtm>. Acesso em: 15 de out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm>. Acesso em: 24 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 15 de out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm>. Acesso em: 24 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 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 de out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Código de Processo Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>. Acesso em: 15 de out. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Segunda Turma). **Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial nº 1094566 – DF (2017/0098160-0).** Relator: Min. Assusete Magalhães, julgado em 19 de out. 2017, publicado em 27 de out. 2017.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Quarta Turma); **Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial nº 190.929 – SP (2012/0124267-4).** Relator: Min. Raul Araújo; julgado em 24 de fev. 2015, publicado em 20 de mar. 2015.

CANCIAN, Natália. Ministério da Saúde Mantém Decisão de não Usar Termo Violência Obstétrica, diz Secretário. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 10 de jun. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/06/ministerio-diz-reconhecer-termo-violencia-obstetrica-mas-que-continuara-a-nao-usa-lo.shtml>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

CARDOSO, Denise Castro Fortes Lopes. **As Posições Maternas Durante o Trabalho de Parto e a sua Influência nas Variedades Occipitoposteriores Fetais.** Orientador: Professora Doutora Marinha Carneiro. 2015. Relatório de Estágio (Mestrado em Enfermagem e Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.26/10777>>. Acesso em: 04 de jun. 2019.

CASO Adelar. **Casoteca de Litigância Estratégica em Direitos Humanos.** Disponível em: <<http://casoteca.forumjustica.com.br/caso/caso-adelir/>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 9 ed. São Paulo: Atlas S.A, 2010.

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO AMAZONAS. **Nota Pública**. Manaus, 13 de maio de 2019. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/nota-publica-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. **Enunciado nº 413, da V Jornada de Direito Civil**. Coordenador-Geral: Min. Ruy Rosado de Aguiar. Disponível em: <<https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/224>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº 32/2018, de 23 de outubro de 2018. **Processo-Consulta CFM nº 22/2018**. Disponível em: <<http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

DANTAS, Francisco Clementino de San Tiago. **Programa de Direito Civil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica**: você sabe o que é? 2013. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro**, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2647-2655, dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. **Incidência do Near Miss Materno no Parto e Pós-Parto Hospitalar**: dados da pesquisa Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1, pp. S169-S181. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00154213>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**: volume 7: responsabilidade civil. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 6.144, de 07 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à

proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_06_2018.html>. Acesso em: 15 de out. 2019.

DOMINGUES, Filipe. **Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo.** Portal G1 Notícias, 07 de mai. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>>. Acesso em: 09 de out. 2019

FARIAS, Thélío Queiroz; LOIOLA, Antônio Arnaldo L. **Prática das Indenizações.** 1 ed. São Paulo: Edijur, 2010.

FIGUEIREDO, Luciano L.; FIGUEIREDO, Roberto L. **Direito Civil: obrigações e responsabilidade civil.** 6 ed. Bahia: JusPodivm, 2017.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. FEBRASGO apoia posicionamento da SOGESP em relação ao PL 435/2019. **FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia)**, 16 de ago. 2019. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/en/component/k2/item/852-febrasgo-apoia-posicionamento-da-sogesp-em-relacao-ao-pl-435-2019>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou.** 25 de mai. 2013. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 09 de out. 2019.

GOIÁS (Estado). **Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017.** Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=21670>. Acesso em: 15 de out. 2019.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: volume 4: responsabilidade civil.** 10 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GUIMARÃES, Alberto. **Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo.** Entrevistador: Felipe Domingues. Entrevista concedida ao Portal G1 Notícias, 07 de mai. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>>. Acesso em: 09 de out. 2019.

LAVAGEM intestinal é procedimento opcional antes do parto. **Fortíssima**, 25 de mai. 2015. Disponível em: <<https://fortissima.com.br/2015/05/25/lavagem-intestinal-e-procedimento-opcional-antes-parto-14699342/>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

LAZZERI, Thais. Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto. **Revista Época**, 04 de ago. 2015. Disponível em:

<<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

MAGALHÃES, Cláudia. **Movimento de mulheres e profissionais de saúde busca popularizar parto humanizado no Brasil**. Entrevistador: Mariana Pastore e Pablo Nogueira. Entrevista concedida ao Opera Mundi, 28 de out. 2014. Disponível em: <<https://operamundi.uol.com.br/samuel/38338/movimento-de-mulheres-e-profissionais-de-saude-busca-popularizar-parto-humanizado-no-brasil>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

MASSA, Luiza. Violência Obstétrica: o meu relato. **Bebe.com.br**, 22 de out. 2016. Disponível em: <<https://bebe.abril.com.br/familia/violencia-obstetrica-o-meu-relato/>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). **Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=361631>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

MELO, Nehmias Domingos de. **Responsabilidade Civil por Erro Médico: doutrina e jurisprudência**. 2 ed. São Paulo: Atlas S.A, 2013.

MINAS GERAIS (Estado). **Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848&cmp=75>>. Acesso em 15 de out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho DAPES/SAS/MS**. Referência: Processo nº 25000.063808/2019-47. Brasília, 03 de mai. 2019. 2019a. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>>. Acesso em: 11 de out. de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Secretário de Atenção Primária à Saúde: Erno Harzheim. Brasília, 07 de jun. 2019. 2019b. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>>. Acesso em: 11 de out. de 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Recomendação nº 29, de 07 de maio de 2019**. Autos nº 1.34.001.007752/2013-81, Inquérito Civil. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**: sumário executivo temático da pesquisa. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 16 de out. 2019.

NETO, Miguel Kfourri. **Responsabilidade Civil do Médico**. 7 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

NOGUEIRA, Pablo; PASTORE, Mariana. Movimento de mulheres e profissionais de saúde busca popularizar parto humanizado no Brasil. **Opera Mundi**, 28 de out. 2014. Disponível em: <<https://operamundi.uol.com.br/samuel/38338/movimento-de-mulheres-e-profissionais-de-saude-busca-popularizar-parto-humanizado-no-brasil>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **OAB repudia despacho do Ministério da Saúde que elimina o termo violência obstétrica**. Conselho Federal da OAB, Brasília, 08 de mai. 2019. Disponível em: <<https://www.oab.org.br/noticia/57183/oab-repudia-despacho-do-ministerio-da-saude-que-elimina-o-termo-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 11 de out. de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde**. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=A37BEA58CDD27326AE6EC188707AD081?sequence=3>. Acesso em: 15 de out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

PARANÁ (Estado). **Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018**. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Parto Natural, Normal ou Cesárea**: entenda as diferenças e recomendações. Curitiba, 07 de jun. 2019. Disponível em: <<https://www.pastoraldacrianca.org.br/parto/parto-natural-normal-ou-cesarea-entenda-as-diferencas-e-recomendacoes>>. Acesso em: 12 de out. 2019.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Responsabilidade Civil**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

POLICASTRO, Décio. **Erro Médico e suas Consequências Jurídicas**. 2 ed. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2009.

REDE 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: <

<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Justiça (17ª Câmara Cível). **Apelação civil 0009964-60.2016.8.19.0031**. Apelante: Estado do Rio de Janeiro. Apelada: Sandra Sueli dos Santos Roque. Relator: Des. Edson Aguiar de Vasconcelos. Maricá, julgado em 04 de julho de 2018, publicado em 09 de julho de 2018.

RONDÔNIA (Estado). **Autógrafo de Lei nº 606, de 1º de novembro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no Estado de Rondônia. Disponível em: <<http://ditel.casacivil.ro.gov.br/COTEL/Livros/Files/L4173-PL.pdf>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 15 de out. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça (5ª Câmara de Direito Privado). **Apelação civil 0001314-07.2015.8.26.0082 (Voto nº 15297)**. Apelante: Hospital Samaritano LTDA. Apelada: Michele Almeida Augusto. Relator: Fábio Podestá. Boituva, julgado em 11 de outubro de 2017, publicado em 11 de outubro de 2017.

SERRA, Maiane Cibele Mesquita; SILVA, Artenira da Silva e. **Violência Obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos Acórdãos do STF e STJ**. Revista Quaestio Iuris. Rio de Janeiro, vol.10, nº. 04, p. 2430-2457, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/28458/21893>. Acesso em: 2019

SIMELELA, Princess Nothemba. **OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias**. Entrevista concedida à Organização Pan-Americana da Saúde, 15 de fev. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>>. Acesso em: 09 de out. 2019.

SOUZA, Paula Machado de. **Doria sanciona lei que prevê cesárea sem indicação médica no SUS**. Entrevistador: Tahiane Stochero e Mariana Pinhoni. Entrevista concedida ao Portal G1 Notícias, 23 de ago. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/08/23/doria-sanciona-lei-que-preve-cesarea-sem-indicacao-medica-no-sus.ghtml>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito Civil**: volume único. 7 ed. Rio de Janeiro: Método, 2017.

TOCANTINS (Estado). **Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018**. Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra

a violência obstétrica no Estado do Tocantins. Disponível em: <https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3385-2018_48071.PDF>. Acesso em: 15 de out. 2019.

UNIFOA. **As Outras Dores do Parto**. Disponível em: <<http://www.foa.org.br/divulgacao-cientifica/noticias/as-outras-dores-do-parto>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

UNIMED CUIABÁ. **Evidência Médica**. Boletim Informativo da Comissão Técnica da Unimed Cuiabá, ed. 26, dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.unimedcuiaba.com.br/portal2/_img/Evidencia26.pdf>. Acesso em: 16 de out. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Indução do Parto. **Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/inducacao_do_parto.pdf>. Acesso em: 16 de out. 2019.

VENTAPANE, Doula Bia. Parto normal, natural, humanizado... **Casa da Doula**, 31 de jan. 2018. Disponível em: <<https://blog.casadadoula.com.br/parto-normal/parto-normal-parto-natural-parto-humanizado/>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

VIANA, Thiago Henrique Fedri. **Erro Médico**: responsabilidade civil do médico, hospital e plano de saúde. 1 ed. Campinas: Millennium, 2012.

VIOLÊNCIA obstétrica é realidade em muitas maternidades brasileiras. **Profissão Repórter**, 12 de dez. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2018/12/12/violencia-obstetrica-e-realidade-em-muitas-maternidades-brasileiras.ghtml>>. Acesso em: 15 de out. 2019.

VIOLÊNCIA obstétrica: MPF e entidades repudiam orientação do ministério da Saúde de abolir termo. **Migalhas**, 10 de mai. 2019. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/Quentes/17,MI302078,51045-Violencia+obstetrica+MPF+e+entidades+repudiam+orientacao+do>>. Acesso em: 15 de out. 2019.