

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS MECANISMOS BRASILEIROS DE COMBATE A ESSA PRÁTICA

TREVIZANO, Isabelly Rino da Silveira ^a ; OLIVEIRA, Raquel Andrade Silva de ^b

^a Graduada em Direito pelo UNIFAGOC

^b Doutoranda e Mestre em Administração Pública - UFV. Professora do UNIFAGOC.



^a trevizanoisa@gmail.com
^b raquelsilva1003@gmail.com

RESUMO

O presente artigo tem como finalidade a análise da violência obstétrica, uma infração praticada contra gestantes e parturientes, cujas características podem ser exemplificadas através da lesão física e/ou psicológica, sexual, financeira e institucional, manifestadas no decorrer da gestação e no parto, quando a mulher se torna vulnerável. Pretende-se examinar ainda a responsabilidade civil dos profissionais da saúde, em especial, os médicos obstetras, considerando sua atuação no momento do parto. Tendo como meta firmar um espaço de reconhecimento e tutela de direitos dentro da área jurídica. Dessa forma, a pesquisa examinou a pretensão em reconhecer a mulher grávida como um sujeito de direitos e, também, como a protagonista do seu parto e da sua história, evidenciando práticas hospitalares e os atos praticados pelos médicos que atentem contra a dignidade e a integridade física e psíquica da mulher.

Palavras-chave: Violência. Mulheres. Responsabilidade civil. Violência obstétrica. Gestantes. Parturientes.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO) se destaca por ocorrer, de modo geral, na privacidade da sala de parto. Embora seja um tema “recente” para alguns, esse assunto já vinha sendo abordado no Brasil através dos movimentos feministas, sendo objeto de denúncia e reflexão desde os anos 1980, o qual perdura até os dias atuais.

O termo “violência obstétrica” refere-se às violências física, psicológica, verbal, simbólica ou sexual, além da negligência, discriminação e condutas excessivas, desnecessárias ou desaconselhadas contra a mulher, no contexto do trabalho de parto e nascimento do bebê. A violência obstétrica ocorre quando as técnicas utilizadas são prejudiciais à mãe ou ao feto, sem evidências científicas que as justifiquem. Por exemplo, práticas para acelerar o parto que esteja em seu curso natural ou agressões verbais com intuito de calar uma mulher sofrendo forte desconforto ou dor são métodos violentos e injustificáveis, classificados como violência obstétrica. (MEDICINA..., 2019, p. 131).

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo geral analisar as situações a que são expostas as mulheres vítimas da violência física, psicológica, sexual, financeira e institucional decorrentes da violência obstétrica, e como a inexistência de dispositivo

legal para a prática corrobora com a perpetuação da ideia de que para “parir” no Brasil é necessário sentir dor.

O intuito é enfatizar que a violência obstétrica é prática que fere rotineiramente os direitos fundamentais das mulheres que procuram apoio nos serviços de saúde, independentemente de raça, credos e principalmente classes sociais. Por conseguinte, é importante definir VO, assinalar qual é o entendimento dos tribunais para enquadrar uma conduta como violência obstétrica, apontar problemas que contestam tal violência, indicar medidas para aperfeiçoar o instituto, garantindo uma segurança jurídica, e ressaltar o papel do Estado no reconhecimento da discussão sobre o tema, haja vista que, apesar de ocorrer diretamente com as mulheres, o assunto diz respeito a uma sociedade como um todo, uma vez que os indivíduos só estão inseridos nela por terem sido gerados no ventre de sua mãe.

No que tange à metodologia científica, valeu-se do método exploratório-descritivo, enquanto a pesquisa bibliográfica, de acordo com os procedimentos utilizados e a forma de abordagem, deu-se de forma qualitativa. Além de leitura de leis e manuais tradicionais, para a elaboração deste trabalho, foram utilizados teses, artigos, dossiês, documentário e publicações em blogs e sites considerados referências em temas como maternidade e violência obstétrica.

Urge ressaltar ainda que existem denúncias, conforme relatado no dossiê para a CPMI sobre a violência obstétrica do grupo “Parto do Princípio” (CIELLO *et al.*, 2012), de vários tipos de violência obstétrica, pouco identificáveis e baseados em procedimentos e intervenções desnecessárias, como toques em excesso ou inapropriados no corpo da mulher, desrespeito ao tempo natural da mãe e do bebê, limitação da mobilidade da parturiente, proibição de acompanhante, insistência para que a mulher decida por cesárea e não o parto normal, realização de cesariana sem a autorização da mãe, aproveitando a vulnerabilidade da gestante e a falta de conhecimento alegando “emergência” ou “necessidade de última hora”, entre outros.

Dada a necessidade e relevância do tema, o primeiro capítulo irá abordar o que é violência obstétrica em si, analisando quais as raízes de sua existência e sua definição, demonstrando algumas das principais práticas entendidas como violência, percebidas nos sistemas de saúde direcionadas às gestantes e parturientes, para que se torne clarividente sua ocorrência no dia a dia.

Em seguida, o segundo capítulo observará a responsabilidade civil do médico obstetra, suas peculiaridades, sistematizando os temas sobre conduta humana, culpa e o nexo causal, voltados para reparação dos danos na prática profissional obstétrica. Insta salientar que o profissional, para o exercício de sua atividade como médico, está sob juramento, dedicando-se à preservação da integridade física e psicológica do indivíduo em defesa da vida.

O terceiro capítulo irá discorrer sobre os mecanismos brasileiros de combate a prática da referida violência, bem como as iniciativas para a informação de gestantes e estudos realizados por comissões do próprio Senado, com ênfase na Lei Estadual 17.097,

de 17 de janeiro de 2017, do Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2017), que traz disposições acerca de medidas de proteção a gestantes e parturientes e, a nível federal, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – a Lei do SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 1990), para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o pré-parto, trabalho de parto e pós-parto imediato, não trazendo, contudo, mecanismos de sanção às práticas contrárias àquelas recomendadas.

Por fim, o quarto capítulo tem o escopo de evidenciar o entendimento dos Tribunais quanto a esse assunto, trazendo jurisprudências consolidadas em diferentes estados do país, tendo como intuito demonstrar o quão importante é existir uma lei que tipifica tal conduta e o que ocorre na falta dela.

CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS PRINCIPAIS PRÁTICAS NO BRASIL

A violência obstétrica, nomenclatura utilizada para descrever os inúmeros danos causados às mulheres durante a gestação, iniciado com o acompanhamento pré-natal até o pós-parto. É considerada uma de violência de gênero que, por conseguinte, importa em desrespeito aos direitos humanos e da mulher, marcada pela imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das gestantes e parturientes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002, p. 6), é considerado VO “[...] o 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”.

Dentre as formas de exteriorização, três serão destacadas no presente artigo: episiotomia, proibição de acompanhante e manobra de Kristeller. Pelas palavras de Santos e São Bento (2006), pode-se conceituar Episiotomia como sendo um corte cirúrgico realizado no períneo – região entre o ânus e a vagina –, no segundo período do parto, chamado expulsão, podendo ser feito com tesoura ou bisturi e pode ser realizado de diversas maneiras, tais como perineotomia, médio-lateral e lateral. O termo episiotomia vem do latim em que epision traduz-se como região pubiana, e tome traduz-se como incisão. Vale ressaltar que o consentimento livre e esclarecido da mulher é imprescindível, sendo isso expresso no art. 24 do Código de Ética Médico, in verbis: “Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (BRASIL, 2018, art. 24).

Conforme explicita o artigo de Yoshi (2012), a episiotomia ficou conhecida antes do século XIX, e somente a partir do século XX passou a ser usada com mais frequência devido à aplicação de novas tecnologias na assistência ao parto, embora não houvesse comprovações científicas de eficácia do método.

Contudo, tal prática é totalmente desencorajada pela Organização Mundial de Saúde, mesmo porque, ela é considerada desnecessária haja vista os riscos trazidos, como por exemplo, trauma no períneo, lacerações de 3º e 4º grau, dor e ainda se vier

acompanhada do “ponto do marido”¹ poderá trazer danos para a vida sexual da mulher (OMS, 2002).

Uma pesquisa recente de Rocha, Westphal e Goldman (2019), intitulada “Conhecimento, atitude e prática dos obstetras brasileiros em relação a episiotomia”, indica que, no Brasil, as taxas de médicos obstetras que praticam a episiotomia ainda são bastantes comuns. Em 2000, a taxa era de 94%, em 2006 de 76%, e em 2014 54%, considerada alta em comparação a outros países, como Estados Unidos (24,5%), França (11%) e os países baixos (10,8%).

No dossiê para a CPMI sobre violência obstétrica, Ciello *et al.* (2012, p. 86) dizem que “a episiotomia é configurada como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina”.

Já a proibição de acompanhante, em 2005, foi sancionada a Lei 11.108 (BRASIL, 2005), que alterou 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. Castro (2020) diz ainda que o direito a ser acompanhada durante o parto deriva do princípio da dignidade da pessoa humana previsto na Constituição Federal desde 1988 (BRASIL, 1988). Como um dos fundamentos, a Lei do Acompanhante veio conferir maior concretude à tutela jurídica da gestante, afastando qualquer dúvida sobre a liberdade de escolha da parturiente e explicitando que todas as instituições, públicas ou privadas, são obrigadas a assegurar esse direito

Além da lei supracitada, a RDC nº 36/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2013) é uma norma sanitária que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção Obstétrica e Neonatal, e nela está previsto o direito ao acompanhante e livre escolha da mulher: “9. PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS: 9.1 O serviço deve permitir a presença de acompanhante e livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (BRASIL, 2013).

Fica clarividente que a presença de acompanhante é processo operacional assistencial, isto é, ele é imprescindível na assistência. Contudo, a situação atual vivenciada impôs mudanças drásticas no cotidiano de todos. Nesse sentido, as unidades de saúde também tiveram que se adaptar ao novo contexto de pandemia. Diante dessas alterações, o entendimento que vem sendo consolidado é o de que gestantes têm direito a acompanhante no momento do parto, ainda que em época de pandemia da COVID-19, haja vista que não existe por parte do Ministério da Saúde, nem tampouco lei, que proíba o acompanhante de adentrar na sala e parto (BRASIL, 2020).

Fato é que a mulher estando sozinha, fica mais vulnerável a prática de Violência Obstétrica, além de ser um dos eventos mais significativos da vida humana, com uma carga emocional muito grande, cabe evidenciar os benefícios de se estar acompanhada:

¹ O ponto do marido é um procedimento que se faz ao término da sutura de uma episiotomia, o qual consiste em um ponto extra para “apertar” a entrada da vagina, com o intuito de torná-la mais estreita, teoricamente aumentando a satisfação sexual do homem.

No Brasil, foi interessante constatar que muitas das práticas adotadas pelos profissionais que preconizavam o modelo de atenção humanizada eram referendadas pelas evidências científicas e estavam classificadas no Grupo A. Por exemplo, hoje em dia, reconhece-se que a presença de um acompanhante da escolha da mulher é a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem-sucedido: mulheres que tiveram suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e, no parto, tiveram menor probabilidade de receber analgesia, de ter parto operatório, e relataram maior satisfação com a experiência do parto. Esse suporte emocional estava associado com benefícios maiores quando quem o provia não era membro da equipe hospitalar e quando era disponibilizado desde o início do trabalho de parto (HODNETT *et al.*, 2007). Dessas evidências deriva a Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante. (CIELLO *et al.*, 2012, p. 16).

O acompanhante pode constituir mais do que simples presença se for permitida a sua participação ativa durante o processo parturitivo. Nesta condição, ele deixa de ser considerado mero representante fiscalizador da assistência obstétrica, para assumir o status na rede social de provedor do suporte à parturiente (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

A manobra de Kristeller, por sua vez, foi desenvolvida em 1867, pelo médico ginecologista alemão Samuel Kristeller. Ela consiste na aplicação de pressão no fundo uterino que tem como objetivo a saída mais rápida do bebê. Entretanto, de acordo com Parecer Técnico N° 001/2016 (FLORIANÓPOLIS, 2016) a manobra de Kristeller, além de ser notadamente danosa à saúde da parturiente, é, também, ineficiente. Ademais, sua utilização comprova que, no período expulsivo, em aproximadamente metade dos partos, são apresentadas muitas interferências na evolução do parto, o qual deveria prosseguir com o mínimo de intervenções possíveis, conforme evidências científicas. A prática dessa manobra por profissionais de saúde é contraditória ao posicionamento do Ministério da Saúde brasileiro e à Organização Mundial de Saúde, pois, em momento algum, encorajam esse tipo de procedimento (FLORIANÓPOLIS, 2016; ZANARDO, 2017).

O Ministério da Saúde contraindica e recomenda que “caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento” (BRASIL, 2017, p. 7).

Completa ainda dizendo que, se o parto não ocorrer naturalmente, deve ser considerado o parto instrumental ou a cesariana, isso porque não há evidências dos benefícios da manobra de Kristeller. Pelo contrário, tal conduta acarreta malefícios de alto risco, tais quais: morbidade materna, fratura de costela, ruptura de útero, lesões perineais, entre outras.

Por tudo isso, é imperioso destacar que o parto humanizado segue sendo o mais recomendado pela OMS, pois além de reduzir todos os riscos acima citados, garante o nascimento saudável do bebê e ainda possui uma recuperação mais rápida para a parturiente. O parto faz parte da história de uma mulher não apenas nos primeiros segundos de vida da criança e sim por toda vida e merece ser um momento agradável e

especial para ambos, respeitando os limites e necessidades da puérpera.

A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICO-HOSPITALAR

O termo “responsabilidade” surge do latim *respondere*, cuja expressão remete à ideia de garantia de restituição ou ressarcimento do bem sacrificado. Giancoli e Wald (2012, p. 28) concluem o raciocínio afirmando que “a responsabilidade é um mecanismo de resposta ou reação a uma violação da lei ou do contrato, a determinada falha ou desvio de conduta humana ou uma consequência por uma lesão perpetrada”.

Tomando como partido essa acepção, na via judicial, todas as vezes em que alguém sofre um dano, seja patrimonial ou moral, desde que devidamente comprovado, é cabível reparação, assim retornando ao status a quo ante. Cavalieri Filho (2014, p. 26) leciona:

Há uma necessidade fundamental de se restabelecer esse equilíbrio, o que se procura fazer recolocando o prejudicado no status a quo ante. Impera neste campo o princípio da *restitutio in integrum*, isto é, tanto quanto possível, repõe-se a vítima à situação anterior à lesão. Isso se faz através de uma indenização fixada em proporção ao dano.

Para que haja responsabilidade civil, é preciso que o ato seja realizado ou pelo próprio agente ou por terceiros. Essa conduta humana que faz gerar a prática do ato danoso a outrem, ou seja, a causadora do dano faz surgir o dever de reparar. A conduta humana por si só não depende de culpa ou dolo, caracteriza-se pela necessidade de o agente estar consciente do ato praticado. O agente age de forma voluntária, o que é denominado de capacidade de autodeterminação, tendo autonomia nas suas decisões, considerando sua forma de agir. Tal situação tem previsão legal no artigo 927, caput, e parágrafo único, do Código Civil brasileiro de 2002, no qual dispõe que:

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. (BRASIL, 2002, art. 927).

Com isso, para que configure um dever de indenizar, resultante da responsabilidade civil, é fundamental que exista um nexo de causalidade entre o dano sofrido pela vítima e a conduta do agente ou terceiro.

O nexo causal nada mais é que a relação/vínculo que liga a conduta do indivíduo ao dano, sendo um dos principais elementos de constituição da responsabilidade civil. Cavalieri Filho (2012, p. 67) define o nexo causal como “[...] elemento referencial entre a conduta e o resultado”. É através dele que poderemos concluir quem foi o causador do

dano". O autor deixa claro que, entre a conduta e o resultado produzido, o nexo causal é o principal elemento.

Dentro da responsabilidade civil, a culpa é um dos principais pressupostos. Nesse sentido, preceitua o artigo 186 do Código Civil de 2002, que a ação ou omissão do agente seja "voluntária" ou que haja, pelo menos, "negligência" ou "imprudência" (GONÇALVES, 2017, p. 372).

Ainda de acordo com o entendimento do autor supracitado, para que haja uma obrigação de indenizar, o indivíduo que causou o dano precisa necessariamente agir de forma ilícita, violando direitos de outra pessoa, ou desrespeitando uma lei de interesses particulares, por conseguinte, para que exista a obrigação de indenizar é essencial que o sujeito tenha atuado com culpa, o que remete ao artigo acima referido.

A culpa assume duas concepções, a lato sensu e a stricto sensu, a primeira que abrange tanto a atuação desastrosa do agente que é procurada, querida, almejada e diz-se, assim, dolosa, como aquela que embora não querida, não procurada, resulta da falta de diligência do agente. A segunda concepção, de outra feita, abarca somente esta última situação e se caracteriza, assim, pelo prejuízo da vítima decorrente de um comportamento negligente, imprudente do agente. (GONÇALVES, 2017, p. 373).

Nesse mesmo pensamento, o autor Rizzardo reforça que o dolo corresponde a "conduta voluntária de um dever legal, em que o agente atua deliberadamente no equilíbrio e ordem natural das coisas, de tal forma que a infração é pretendida e repercute em maior gravidade nas suas consequências" (RIZZARDO, 2009, p. 32).

Assim, a culpa em sentido amplo, como uma violação de um dever jurídico, atribuído a alguém e em decorrência de fatos intencionais ou mesmo de omissão, negligência e imperícia, o que caracteriza o dolo violando o dever jurídico, e a culpa em sentido estrito (GONÇALVES, 2017, p. 373).

Contudo, pode-se inferir que o dolo e a culpa são distintos, sendo aquele mais grave que a culpa, pois se estabelece como uma infração voluntária, consciente e intencional, com o desígnio de causar dano a outrem o que abrange a conduta e o efeito lesivo. A culpa em sentido estrito, por sua vez, refere-se à vontade do agente, ao fato causador da lesão, onde se observa que o resultado não era desejado, mas assumiu o risco mesmo assim.

A responsabilidade civil no ordenamento jurídico brasileiro pode se dar de forma objetiva como também subjetiva. Ao passo que a responsabilidade civil do médico, um profissional liberal, ocorre de maneira subjetiva, estando isso expresso no Código de Defesa do Consumidor no artigo 14, §4º:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde independentemente da existência da 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 (BRASIL, 1990, art. 14).

O artigo 14, parágrafo 4º, dispõe sobre exceção existente no Código de Defesa do Consumidor, todavia, regra no Código Civil. Cumpre destacar que os fornecedores de serviços em geral respondem objetivamente pelos danos causados e os profissionais liberais, nos moldes do parágrafo quarto do artigo supramencionado, responde de maneira subjetiva, pois, só será responsabilizado mediante a comprovação de culpa.

Desse modo, a responsabilidade do médico é subjetiva, baseada em culpa *stricto sensu*, imperícia, negligência e imprudência. A imperícia ocorre quando o médico, por não possuir um conhecimento técnico adequado para o exercício da função a exerce mesmo assim, de maneira irregular, inexistindo preparo para conduzir o ato.

No que tange a negligência, pode ser conceituada no ato de depreciar, omitir ou esquecer algo que deveria ser dito ou feito de modo que evitasse lesão ou dano a terceiros. A imprudência por sua vez, pressupõe uma ação precipitada e sem cautela, é a culpa comissiva, ou seja, culpa de quem pratica determinada conduta, por exemplo, um médico que possui perfeito conhecimento dos riscos e os ignora agindo ainda que as consequências causem prejuízos ao paciente.

Portanto, para a caracterização da culpa não é necessária intenção de causar danos ou prejuízos, basta apenas e tão somente a simples voluntariedade da conduta, a qual deverá ir de encontro às normas dos Códigos Civil e Ética médica.

O Código de Ética Médica (BRASIL, 2018, p. 21) diz:

É vedado ao médico:

Art. 1º. Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º. Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica. Art.

3º. Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente. Art. 4º. Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Ressalte-se que, é de entendimento do STJ que a relação estabelecida entre médico e paciente é contratual e em regra, configura-se uma obrigação de meio, com exceção das cirurgias plásticas, sendo, portanto, imprescindível para a responsabilização do profissional liberal mencionado nesse tópico, a demonstração de culpa e ainda o nexo causal entre sua conduta e o dano causado, tornando então, sua responsabilidade subjetiva (BRASIL, 2012).

Nesse diapasão, Maria Helena Diniz (2003, p. 271) reforça o entendimento do STJ:

A responsabilidade do médico é contratual, por haver entre o médico e seu cliente um contrato, que se apresenta como uma obrigação de meio, por não comportar o dever de curar

o paciente, mas de prestar-lhe cuidados conscienciosos e atentos conforme os progressos da medicina. Todavia, há casos em que se supõe a obrigação de resultado, com sentido de cláusula de incolumidade, nas cirurgias estéticas e nos contratos de acidentes.

Conforme todo o exposto, Rodrigues e Benevides (2016, p. 44) reforçam que:

A responsabilidade civil visa garantir uma relação harmoniosa e ética entre as partes, de modo que motiva a obrigação de quem causou o dano repará-lo e fazer com que o bem retorne ao estado em que se encontrava no momento antecedente ao ato danoso, e, na impossibilidade dessa ocorrência, o agente deverá compensar a vítima.

Conclui-se então que o indivíduo que fora atingido pela conduta ilícita do médico terá direito a ser reparado com o retorno ao status a quo ante (estado em que as coisas se encontravam anteriormente), se possível, sem prejuízo do recebimento dos danos morais advindos do fato.

OS MECANISMOS BRASILEIROS E A IMPORTÂNCIA DE UMA LEI ESPECÍFICA SOBRE O TEMA

A Lei nº 8.080/90 define que o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas a administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Como dito no primeiro capítulo do presente artigo, cabe destacar a Lei federal nº 11.108/05, que alterou a lei supracitada, discorrendo exatamente sobre as garantias às parturientes do direito à presença de acompanhante. Contudo, tal alteração não menciona qualquer sanção para quem infringe o que ela dispõe (BRASIL, 2005).

Apesar da existência desse dispositivo, a mulher ainda permanece bastante indefesa ante a inexistência de uma norma que verse exclusivamente sobre o assunto. Com o intuito de coibir essas práticas, o estado de Santa Catarina promulgou em 17 de janeiro de 2017 a Lei Estadual nº 17.097 (FLORIANÓPOLIS, 2017), almejando uma maior proteção às gestantes e parturientes, dispondo acerca da implantação de medidas de informação e proteção contra a violência obstétrica ocorrida. Ainda define o que é violência obstétrica e traz, de maneira abrangente, uma gama de ações consideradas como violentas para que sejam impedidas.

Importante ressaltar que não faltam referências técnicas que norteiem os procedimentos necessários à humanização do atendimento à saúde, inclusive no que se refere à assistência ao parto. Logo, se nota que o Ministério da Saúde é bastante competente em suas atribuições, segundo os aspectos teórico e abstrato. Contudo, há de se notar que, se observar sociologicamente, há um peso muito diferente quando se fala em portarias e leis, tendo a segunda um maior peso e respeito (CIELLO *et al.*, 2012).

Em uma sociedade estruturalmente machista, a violência contra a mulher é algo

muito presente, Müller (2016, p. 4) discorre reforçando essa ideia, alegando que

[...] a violência obstétrica está impregnada de crenças culturais, com raízes profundas na visão submissa e serviçal da mulher, que foi destituída de seu espaço de construção coletiva e conhecimento empírico, quebrando os elos da sororidade do parto enquanto evento feminino e de reapropriação do corpo, em nome do discurso técnico que nada mais é do que a máscara que cobre a indústria de saúde e a perpetuação da cultura machista, que vê a mulher como objeto.

Na tentativa de minimizar os impactos causados pela falta de um dispositivo legal, além das leis supracitadas, alguns parlamentares criaram projetos de leis (PL) acerca do tema: o PLS 75/2012, da senadora licenciada Maria do Carmo Alves (SE), a qual prevê dentre outras questões a proibição de se algemar a detenta gestante durante o parto (BRASIL, 2016).

Existe ainda o PLS 8/2013 do ex-senador Gim, o qual obriga a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cumpre destacar que já foi aprovado no Senado e remetido à Câmara o PL 7.633/2014 (na Câmara) do deputado Jean Wyllys, o qual estabelece que médicos e profissionais de saúde devem dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto. Além disso, os hospitais deverão respeitar o limite de 15% de cesáreas, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (SENADO FEDERAL, 2016).

Avulta notar um Projeto de Emenda à Constituição (PEC 100/2015) (na Câmara), do deputado Veneziano Vital do Rêgo (PMDB-PB), o referido projeto prevê a disponibilização de equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS. O PL 359/2015 (na Câmara), da deputada Janete Capiberibe (PSB-AP), propõe fornecer cursos de qualificação básica para as parteiras tradicionais e incluir sua atividade no âmbito do SUS. Já o PL nº 8.219/17 - de autoria do Deputado Francisco Floriano e o PL nº 7.867/2017 de autoria da Deputada Jô Moraes versam sobre os direitos e deveres dos médicos e das pacientes, além da tipificação com o objetivo de erradicar a violência obstétrica no país. (SENADO FEDERAL, 2016).

Em consonância ao exposto, não restam dúvidas quanto à importância de que essa temática seja disciplinada em âmbito Federal, até mesmo para que possa definir sanções específicas, no intuito de reconhecer e valorizar a mulher sujeito de direitos, fornecendo-a segurança jurídica, reafirmando seu espaço como indivíduo possuidor de direitos, fazendo que os agentes respondam de fato por suas condutas frente às normas violadoras.

DECISÕES DOS TRIBUNAIS QUANTO AO TEMA

Neste capítulo serão trazidas jurisprudências que versam sobre o tema objeto de estudo do presente artigo, a título de exemplificação de como o assunto tem sido abordado.

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, 2017, p. 1).

Em uma breve análise do julgado acima, foi possível constatar a violência obstétrica mediante abusos médicos contra a parturiente, privando-a do direito ao acompanhante durante todo o período do parto, negando a mulher o contato com seu filho após o nascimento e ainda desferindo ofensas verbais provocando abalo psicológico na puérpera, ferindo os direitos à honra e a liberdade.

Apelações Cíveis. Responsabilidade civil - Ação de indenização por danos materiais, morais e estéticos - Erro médico - Alegação de imperícia médica, violência obstétrica e falha na prestação de serviços durante a realização de parto que resultaram em anoxia neonatal com quadro de paralisia cerebral com quadriplegia espástica - Ajuizamento pelos pais e pelo menor em face da médica, do hospital e da operadora do plano de saúde - Sentença que julgou parcialmente procedente a ação, condenando solidariamente os réus ao custeio do tratamento médico do menor, ao pagamento de indenização por danos morais e estéticos e ao pagamento de pensão mensal vitalícia - Recursos de apelação interpostos pelos autores e por todos os réus - Responsabilidade solidária dos fornecedores e prestadores de serviço que integram a cadeia de consumo, incluída a operadora de plano de saúde - Elementos dos autos que comprovam ter a coautora, Rosana sido vítima de violência obstétrica - Provas documental e pericial que também permitem concluir ter havido falha grave na prestação dos serviços médicos e hospitalares - Prontuário da paciente com graves incongruências - Ausência de controle dos batimentos cardíacos fetais - Parturiente que foi colocada em posição de litotomia, depois da realização da raquianestesia, o que não é recomendado - Quadro clínico da parturiente que também não recomendava a utilização de fórceps - Conjunto de condutas que, unidas, levaram à realização de parto fora do protocolo clínico, que certamente levaram a sofrimento fetal e anoxia, bem como à paralisia cerebral - Responsabilidade civil configurada. Cabimento do reembolso das despesas com deslocamento para a realização de tratamentos de saúde do

coautor Enrique que não possam ser realizados na cidade em que reside o menor, mediante comprovação - Sucumbência mantida - Recursos providos em parte. Dá-se provimento em parte aos recursos. (SÃO PAULO, 2020, p. 1).

Em síntese, foi possível concluir que houve violência obstétrica devido à má prestação de serviços do médico. Houve utilização de fórceps, embora não tenha sido recomendado, também mantiveram a gestante em posição inadequada, forçando anestesia e indução entre outras falhas por parte do profissional da saúde que causaram paralisia cerebral no bebê, tendo sido desrespeitado seu direito à dignidade.

EMENTA - APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL E MATERIAL - PRELIMINAR DE CERCEAMENTO DE DEFESA - AFASTADO - MÉRITO - PARTO NORMAL - USO DO FÓRCEPS E DA TÉCNICA DE EPISIOTOMIA - LAUDO PERICIAL QUE APONTA O NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES E OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELO MÉDICO - RESPONSABILIDADE OBJETIVA - DEVER DE INDENIZAR - DANOS MORAIS - QUANTUM FIXADO EM R\$ 30.000,00 - DANOS MATERIAIS COMPROVADOS - DEVER DE RESSARCIMENTO - RECURSO PROVIDO (MATO GROSSO DO SUL, 2021, p. 1)

No caso acima, além do uso do fórceps mencionado na ementa supra, houve também a utilização da técnica de episiotomia que, como dito em tópico anterior do presente artigo é uma prática não recomendada pela OMS podendo causar diversas complicações. Tendo a mulher seus direitos à honra, dignidade e conhecimento violados.

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. ERRO MÉDICO. PARTO. USO DE FÓRCEPS. CESARIANA. INDICAÇÃO. NÃO OBSERVÂNCIA. LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. MÉDICO CONTRATADO. CULPA CONFIGURADA. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. AÇÃO DE REGRESSO. PROCEDÊNCIA. DANOS MORAIS. VALOR. RAZOABILIDADE.

1. A jurisprudência desta Corte encontra-se consolidada no sentido de que a responsabilidade dos hospitais, no que tange à atuação dos médicos contratados que neles trabalham, é subjetiva, dependendo da demonstração da culpa do preposto.

2. A responsabilidade objetiva para o prestador do serviço prevista no artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, no caso o hospital, limita-se aos serviços relacionados ao estabelecimento empresarial, tais como a estadia do paciente (internação e alimentação), as instalações, os equipamentos e os serviços auxiliares (enfermagem, exames, radiologia). Precedentes.

3. No caso em apreço, ambas as instâncias de cognição plena, com base na prova dos autos, concluíram que houve falha médica seja porque o peso do feto (4.100 gramas) indicava a necessidade de realização de parto por cesariana, seja porque a utilização da técnica de fórceps não se encontra justificada em prontuário médico.

4. A comprovação da culpa do médico atrai a responsabilidade do hospital embasada no artigo 932, inciso III, do Código Civil ("São também responsáveis pela reparação civil: (...) III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;"), mas permite ação de regresso contra o causador do dano.

5. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante fixado pelas instâncias ordinárias apenas quando irrisório ou abusivo, circunstâncias inexistentes no presente caso, em que arbitrada indenização no valor de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais).

6. Recurso especial parcialmente provido. (BRASIL, 2015, p. 1).

Por fim, pode-se inferir da jurisprudência acima que a responsabilidade civil dos médicos se dá de forma subjetiva, ao passo que os hospitais respondem de forma objetiva, restando claro que a temática é atual e recorrente, conforme demonstrado, esclarecendo que o esse assunto merece ter uma devida atenção pelas leis brasileiras, no sentido de facilitar a busca pela reparação do prejuízo causado sem, contudo, desrespeitar a individualidade de cada caso concreto.

CONCLUSÃO

Perante tudo o que fora analisado no trabalho, foi demonstrado que embora existam leis municipais e estaduais que preveem o fato da a violência obstétrica ser passível de responsabilização civil e penal, é imprescindível a criação e a aprovação de uma Lei Federal. Assim, a legislação não deve ser apenas um dispositivo legal sancionador, mas deve ser uma alternativa para conceituar, caracterizar e instituir a humanização dos partos e outros meios possíveis para a prevenção do problema.

Isso fica ainda mais claro pelo número de proposições legislativas no parlamento brasileiro, sinalizando necessidade de algo concreto para dirimir divergências acerca da aplicação do termo "violência obstétrica" almejando a proteção ao direito sexual e reprodutivo das mulheres.

Insta salientar ainda que esse tipo de violência é dificilmente identificado pela mulher e seus familiares, visto que é uma violência silenciosa e institucional. Dessa forma, visualiza-se essencial além da criação de uma lei a psicoeducação das mulheres grávidas, fornecendo um maior conhecimento a elas com relação aos seus direitos bem como dos profissionais da saúde com seus deveres.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 2217, de 27 de setembro 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República,

1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.079, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 8 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.406, 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 30 ago. 2021.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil.** 11. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica – “Parirás com dor”.** [S, l.: s. n.], 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 8 set. 2021.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: responsabilidade civil.** 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FLORIANÓPOLIS. Conselho Regional de Enfermagem De Santa Catarina (COREN/SC). **Parecer Técnico COREN/SC Nº 001/CT/2016 – Manobra de Kristeller.** Florianópolis: COREN/SC, 2016. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Parecer-Técnico-001-2016-CT-Saúde-Mulher-Manobra-de-Kristeller.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

FLORIANÓPOLIS. Lei Estadual 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. Florianópolis: Governador do Estado, 2017.

GIANCOLI, Brunno Pandori; WALD, Arnold. **Direito civil: responsabilidade civil.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro.** 12. São Paulo: Saraiva, 2017.

LIMA, Cícero Ribeiro de. **Estudo da obtenção de imagens de tomografia de impedância elétrica do pulmão pelo método de otimização topológica.** 2006. Tese (Doutorado em Engenharia Mecânica) – Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde105011/publico/DeniseYoshie.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; BARBOSA, Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 386-391, jul. 2010.

MEDICINA e direito: artigos e banners premiados no IX Congresso Brasileiro de Direito Médico. Brasília: CFM, 2020.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia fundamental**. 14. ed. [S. l.]: Guanabara Koogan, 2017.

NIY, Denise Yoshie. **Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10092012-105011/pt-br.php>. Acesso em: 27 set. 2021.

RIZZARDO, Arnaldo. **Responsabilidade civil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

ROCHA, Chayene Aguiar; WESTPAHL, Flávia; GOLDMAN, Rosely Erlach. Conhecimento, atitude e prática dos obstetras brasileiros em relação a episiotomia. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 226-235, jan./fev. 2019.

RODRIGUES, Dayanna Gonçalves; BENEVIDES, Sara Costa. Assédio Moral no Ambiente de Trabalho. **Revista Científica UNIFAGOC - Jurídica**, v. 1, n. 2, p. 41-53, 2016. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/juridico/article/view/217>. Acesso em: 24 out. 2021.

SANTOS, Rosangela da Silva; SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. 2006. **Esc Anna Nery R Enferm**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 552-559, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). **TJ-SP - Ap. 0001314-07.2015.8.26.0082, Voto no 15297**. Responsabilidade Civil – Dano Moral – Violência Obstétrica [...]. Relator: Fábio Podestá, 2017.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017.