

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO

**OS ENTRAVES ENFRENTADOS NA BUSCA PELA REPARAÇÃO JUDICIAL NOS CASOS
DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

PATRÍCIA DE PAULA DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro
2024

PATRÍCIA DE PAULA DO NASCIMENTO

**OS ENTRAVES ENFRENTADOS NA BUSCA PELA REPARAÇÃO JUDICIAL NOS CASOS
DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da Professora Dra. Carolina Araújo de Azevedo Pizoeiro Gerolimich.

Rio de Janeiro
2024

CIP - Catalogação na Publicação

N244e Nascimento, Patrícia de Paula do
Os entraves enfrentados na busca pela reparação
judicial nos casos de violência obstétrica /
Patrícia de Paula do Nascimento. -- Rio de Janeiro,
2024.
53 f.

Orientadora: Carolina Araújo de Azevedo Pizoeiro
Gerolimich.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2024.

1. Violência obstétrica. 2. Responsabilidade
civil. 3. Erro Médico. 4. Violência de gênero. I.
Araújo de Azevedo Pizoeiro Gerolimich, Carolina,
orient. II. Título.

PATRÍCIA DE PAULA DO NASCIMENTO

**OS ENTRAVES ENFRENTADOS NA BUSCA PELA REPARAÇÃO JUDICIAL NOS CASOS
DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da Professora Dra. Carolina Araújo de Azevedo Pizoeiro Gerolimich.

Data de Aprovação:

Banca Examinadora:

- Orientador

- Membro Interno

- Membro Externo

Rio de Janeiro
2024

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho de conclusão de curso foi incentivado pelo relato de mulheres importantes para minha formação que compartilharam suas dores, alegrias, frustrações e me inspiraram a pesquisar a respeito de um tema tão sensível. Agradeço a todas essas mulheres que de alguma forma contribuíram, ainda que indiretamente, para a construção deste trabalho.

À minha mãe, por todo o amor e dedicação dispensados em minha criação. Todos os trabalhos de escola, preparação para as provas juntas, conversas sobre o futuro, conselhos e acolhimento durante os momentos de ansiedade. Por ser meu exemplo de ser humano.

Ao meu pai, pelo incentivo à constante ampliação de meu senso de justiça e autoconfiança.

Ao meu irmão Gustavo, que mesmo tão jovem me incentivou durante toda a faculdade a ser um exemplo. Em tantos momentos foi meu ouvinte, com sua inocência e carinho conseguiu me dar forças para concluir meus objetivos. À você, dedico todo o meu mais puro amor.

Aos meus amigos da faculdade e escritório, pelo apoio nas horas difíceis, por tornarem os momentos de incerteza menos tortuosos, por nunca me deixarem perder os prazos (ainda que eu me esforçasse muito para isso), pelo carinho, resenhas pós prova e almoços de fofocas.

À Mylena, minha irmã de alma, pelo apoio incondicional à distância, por todo o amor em todos esses anos de amizade.

Ao Paulo, pelo brio emprestado, por não me deixar desistir em meio a todos os desafios que me foram impostos. Pelas madrugadas de estudos e resenhas juntos, por aguçar meu desejo pelo futuro. Sou grata pelo fragmento de vida que dividimos.

À professora Carolina Pizoeiro, por aceitar ser minha orientadora e, muito gentilmente, auxiliar para que fosse possível a conclusão desta fase tão importante em minha vida.

RESUMO

A presente monografia busca analisar a problemática da violência obstétrica no Brasil, sob a ótica das convenções internacionais de direitos humanos e a legislação pátria para entender as violências enfrentadas pelas parturientes no pré-parto, parto e pós-parto. Trata-se do enquadramento legal da violência obstétrica na esfera civil e penal, bem como a sua diferenciação do erro médico. Além disso, busca-se demonstrar a insuficiência dos mecanismos existentes no ordenamento jurídico para tratar da complexidade dos casos concretos, bem como a definição de caminhos para a reparação judicial frente aos danos suportados em razão da violência obstétrica, sob a perspectiva de violência de gênero.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direitos. Parto. Proteção. Violência de gênero.

ABSTRACT

This paper aims to examine the issue of obstetric violence in Brazil, from the perspective of international human rights conventions and national legislation to understand the violence faced by women in labor during pre-partum, childbirth and post-partum. Furthermore, it seeks to demonstrate the insufficiency of existing mechanisms in the legal system to deal with the complexity of specific cases, as well as the definition of paths for judicial supplements in the face of damages suffered due to obstetric violence.

Keywords: Obstetric Violence. Rights. Childbirth. Protection. Gender violence.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. ASPECTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	8
2.1. Contexto histórico da institucionalização do parto.....	8
2.2. Conceito de violência obstétrica.....	10
2.3. Práticas violentas no parto.....	14
3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	17
3.1. Direitos humanos das mulheres.....	17
3.2. A construção da violência obstétrica como violência de gênero.....	20
4. ENTRAVES NA JUDICIALIZAÇÃO DAS AÇÕES RELACIONADAS A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	21
4.1. A problemática do acesso à justiça.....	21
4.2. Responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica.....	27
4.2.2. Do equivocado enquadramento dos casos de violência obstétrica como erro médico...36	
4.3 Responsabilidade penal nos casos de violência obstétrica.....	42
4.4. Projetos de lei sobre a violência obstétrica em tramitação.....	45
5. CONCLUSÃO.....	48
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a história do parto reflete uma mudança significativa de paradigma ao longo dos séculos. Antes da migração para os hospitais, o parto era um evento predominantemente domiciliar, conduzido por parteiras experientes e apoiado por familiares, um contexto que enfatizava a intimidade, o cuidado tradicional e a autonomia das mulheres.

No entanto, com o advento da patologização dos acontecimentos naturais do parto, houve a alteração no pensamento social no sentido de que a parturição era segura apenas no ambiente hospitalar visto que, inicialmente, os avanços médicos efetivamente contribuíram para a redução das taxas de mortalidade, ao passo que também redefiniram o papel das mulheres durante o parto, muitas vezes diminuindo sua autonomia em detrimento de procedimentos e intervenções médicas desnecessárias.

Paralelamente, a violência obstétrica emergiu como uma preocupação contemporânea crucial. Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma série de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto e o pré-natal, a violência obstétrica inclui desde negligência e procedimentos não consentidos até violência física e sexual.

Nesse sentido, as agressões perpetradas durante o parto muitas vezes são internalizadas pelas parturientes como normais ou inevitáveis, mesmo quando causam dor física e sofrimento emocional. Esta percepção contribui para a invisibilidade da violência obstétrica, que só recentemente começou a ser discutida de forma mais ampla. A falta de reconhecimento desses abusos cria uma lacuna no debate acerca da efetivação dos direitos humanos das mulheres, ao passo que dificulta a aplicação de medidas eficazes para combatê-los.

A presente monografia pretende expor a gravidade das práticas abusivas sofridas por mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto, bem como aos danos causados aos nascituros decorrentes da violência sofrida no âmbito da parturição. O objetivo é analisar como essas condutas violam os direitos das parturientes e examinar a legislação vigente que oferece amparo contra a violência obstétrica. Além disso, busca-se averiguar a necessidade de legislação específica que possibilite o enquadramento específico da problemática, frente à complexidade dos casos concretos em se tratando de violência de gênero.

Para isso, será realizada uma avaliação das lacunas legislativas, bem como o estudo jurisprudencial acerca do tema, assim como análise dos institutos de proteção dos direitos humanos das mulheres. O estudo busca destacar a importância de uma atenção especial a essas violações, visando garantir que as mulheres tenham seus direitos básicos respeitados e protegidos durante todo o processo de parturição.

2. ASPECTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1. CONTEXTO HISTÓRICO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

Para melhor compreender a construção da violência obstétrica e os aspectos que culminaram no aumento dos registros de ocorrência no âmbito hospitalar, cabe delinear a trajetória de institucionalização do parto e aspectos históricos da parturição no Brasil.

Anteriormente ao deslocamento dos partos para o ambiente hospitalar, os momentos que antecederiam o nascimento eram considerados algo particularmente feminino, onde as mulheres da família se juntavam à tradicional figura da parteira para auxiliar no nascimento da criança, geralmente na própria residência.

Não obstante, o momento da parturição carregava inúmeras tradições sendo o nascimento celebrado pelas partes, manejado com a riqueza dos saberes populares¹, onde a parturiente figura como agente principal, cercada de afeto e confiança naqueles que a auxiliavam em face de um período de tamanha vulnerabilidade, livre para expressar seus anseios e necessidades². Durante esse contexto, a figura do médico era trazida apenas em casos de complicações, sendo o parto fora do ambiente domiciliar algo considerado anormal e amedrontador.

Nesse sentido, com a migração do processo de parturição para o ambiente hospitalar, o momento que foi milenarmente construído por meio do saber-poder feminino³ (PROGIANTI, 1997), orientado pela experiência adquirida pelas parteiras no cotidiano, se tornou extremamente medicalizado com a figura principal do parto sendo usurpada daquela cuja dignidade e necessidades deveriam estar resguardadas acima de quaisquer conveniência e/ou praticidade para o profissional de saúde⁴, que passou a deter o poder sobre o manejo do corpo feminino durante o parto.

O movimento de institucionalização do parto, no Brasil, iniciou-se com a chegada do parto como especialidade médica no ano de 1808, concomitante à criação das escolas de Medicina e Cirurgia da Bahia e no Rio de Janeiro, segundo Bessa e Ferreira (1999). O parto no âmbito hospitalar passou a ser comum após o século XX, quando o governo vislumbrou a necessidade de diminuição das taxas de mortalidade infantil e materna, iniciando então a utilização de técnicas para acelerar o momento do parto, fato que iniciou o uso do fórceps e da episiotomia como procedimentos de rotina (WOLFF; WALDOW, 2008).

¹ Progianti JM **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar** -Rio de Janeiro- 1934/1951. [tese de doutorado] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 2001.

² CARVALHO, G. et al. **A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto: uma revisão integrativa.** *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 7, n. 3, p. 870–878, 2013.

³ Idem.

⁴ Idem.

Com a migração do parto para o ambiente hospitalar, bem como o emprego de técnicas científicas e cirúrgicas para o manejo do corpo feminino, o índice de mortalidade materna efetivamente diminuiu, o que restou por contribuir com a concepção de que o parto natural feito em casa como anteriormente aceito era perigoso (Vieira, 2002).

Além das dificuldades técnicas e da moralidade vigente à época, o desenvolvimento da obstetrícia viveu conflitos na sua institucionalização como disciplina médica - entre eles, a noção de que a prática obstétrica seria uma prática menor dentro da própria medicina. Esse conflito estava provavelmente relacionado, entre outras razões, ao fato o partejar ter sido até então uma prática de mulheres. Paradoxalmente, por esse motivo, e no afã de controlar tal prática, os médicos eram contundentes em relação às parteiras, atacando-as em seus discursos e submetendo-se às suas regulamentações, transformando-as de usurpadas em usurpadoras (VIEIRA, 2002. p. 72)

Com isso, instituiu-se a concepção acerca da medicalização do parto, que se caracteriza pela observação de questões naturais, ou seja, problemas não-médicos sob a ótica de patologização dos acontecimentos envolvendo a parturição (CONRAD, 1992) e, conseqüentemente, gerou certa alienação das mulheres em relação a compreensão do próprio corpo e processos naturais relacionados.

A prática da assistência ao parto, mesmo tendo as parteiras à frente desse cuidado, passou a ser vista como ato privativo do médico. Os profissionais não-médicos, em que se incluem as enfermeiras, inclusive as enfermeiras obstétricas, realizam o parto normal, na maioria das vezes, por insuficiência de cobertura médica, apesar de existir, desde 1986, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498/86), que assegura a autonomia da enfermeira na consulta de enfermagem à gestante, assistência à parturiente e puérpera e o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distocia. A enfermagem é uma profissão construída em sua base histórica por mulheres, muitas vezes considerada como profissão hegemonicamente feminina. Ocorre uma história de submissão feminina desde a infância, perpassando a vida adulta, além da história da formação de parteiras e enfermeiras obstétricas, que possuíam conhecimento próprio e domínio feminino desse saber, do qual a medicina se apropriou e transformou em saber-poder masculino (WOLFF; WALDOW, 2008. p. 142)

É diante desse cenário que a relação de hierarquia entre médico e parturiente começa a se delinear “potencializada pelas relações de gênero e poder enraizadas em nossa sociedade” (CUNHA, 2012. p. 8), de forma a preconizar a problemática envolvendo a violência obstétrica e seus desdobramentos.

2.2. CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica, segundo a Organização Mundial de Saúde, se caracteriza por abusos verbais, violação de privacidade, analgesia recusada, violência sexual e física, procedimentos médicos não consentidos, dentre outros desrespeitos e negligência durante o parto e o pré-natal nas instituições de saúde. Em seu relatório acerca da prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde⁵, a OMS reconheceu a necessidade de estimular os debates acerca desta formulação específica de violência contra parturientes e gestantes, sob uma ótica de efetivo resguardo aos direitos humanos e alcance a amplitude de seus direitos sexuais e reprodutivos, tendo em vista que se trata de saúde pública.

“(…) no mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança.” (OMS, 2014.)

Nesse sentido, a criação e conceituação do termo “violência obstétrica” é comumente atribuído ao médico-pesquisador Rogério Pérez D’Gregório, que durante o período à frente da presidência da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, publicou no *Jornal Internacional de Ginecologia de Obstetrícia*⁶ os resultados de sua pesquisa.

“Violência obstétrica como prática que abrange todos os atos, explícitos, verbais, ocultos, de caráter violento, praticados no corpo da mulher, ou condutas praticadas sem seu consentimento por profissionais em instituições de saúde, no momento do pré-natal, do parto, pós-parto ou do aborto. (D’GREGORIO, 2010, p. 201).”

Em adição, o dossiê publicado pela organização Parto do Princípio em 2012, “Parirás com dor”, define como violência obstétrica os atos praticados sem o consentimento da mulher no gozo de sua saúde sexual e reprodutiva trazendo destaque, ainda, para a concepção de que os atos poderiam ser cometidos para além do âmbito hospitalar, executados não somente por profissionais da saúde mas também por servidores públicos e profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas.⁷

⁵ Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014.

⁶ D’GREGORIO, Rogelio Pérez. **Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* Caracas, Venezuela. P.201-202. 2010.

⁷ 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.

Conforme apurado pela Fundação Perseu Abramo em sua pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos âmbitos público e privado”, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Gritos, procedimentos sem o consentimento ou aviso prévio à parturiente, falta de analgesia, negligência e falta de atendimento adequado estão entre as formas de violência mais presentes nos relatos das vítimas⁸.

“(…) “impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência, tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido, tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, submeter a mulher a procedimentos dolorosos desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, submeter a mulher a mais de um exame de toque, especialmente por mais de um profissional, dar hormônios para tornar o parto mais rápido, fazer episiotomia sem consentimento”.

(DUARTE, 2014).

Assim, um fator que reforça a situação de vulnerabilidade da parturiente é a posição de desigualdade em que estão a mulher e o profissional de saúde, seja enfermeira, seja obstetra. A vítima, por vezes desconhecedora de seus direitos, acaba por se submeter a situações desconfortáveis e vexatórias, acuada pela posição hierárquico-social implicitamente presente na relação entre médico e paciente.⁹

“(…) A paciente continua sendo o polo mais vulnerável à violência, ainda que ela se utilize da mesma como uma forma de defesa, porque o ciclo de violência não se interrompe. (...) para que o sofrimento alheio cause alguma mobilização de indignação no indivíduo é necessário que esse sofrimento seja percebido como resultado de uma injustiça. Quando essa associação não é feita, frequentemente a postura adotada é a de resignação. Abstém-se de qualquer responsabilidade pessoal ao se conceber que o sofrimento do outro não é causado por uma injustiça, mas sim por uma questão de causalidade do destino, causalidade econômica ou sistêmica. (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2010).”

Existem, ainda, argumentos no sentido de justificar a prática de tais condutas e procedimentos considerados abusivos sob a alegação de precariedade no sistema de saúde ou falta de investimento na estrutura para recepção das demandas do setor (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013.). Uma vez que as práticas violentas no âmbito hospitalar são reproduzidas também no setor privado, tal alegação não se sustenta.

Conforme dispõe o Dossiê “Parirás com Dor” (2012), a violência se manifesta no âmbito físico, como o manejo do corpo da parturiente de forma que lhe cause dor injustificada, privação de alimentos, manobra de Kristeller, cesariana sem indicação clínica, negação de analgesia quando solicitado. A violência também pode ser psicológica, quando são proferidos xingamentos, comportamentos da equipe médica que causem sensação de vulnerabilidade, instabilidade emocional, insegurança e atinjam seus direitos da

⁸ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO/SESC. **Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados**. São Paulo, 2010.

⁹ Idem.

personalidade de modo geral. A violência pode possuir caráter sexual, quando violar o direito à preservação da intimidade da mulher, de modo a interferir em seu senso de integridade sexual, como nos casos dos exames de toque excessivos (que por diversas vezes são realizados por estudantes residentes de medicina, o que por si só gera insegurança na paciente uma vez que inexistente relação de confiança), assédio sexual, lavagem intestinal e a realização de episiotomia.

Além disso, caracteriza-se por violência obstétrica o impedimento do acompanhante no momento do parto, garantido pela Lei nº 11.108/2005 que garante que a parturiente pode escolher quem deve lhe fazer companhia e acompanhar os processos de evolução do parto. Em geral, a negativa de acompanhamento do parto por pessoa de confiança da parturiente se dá sob a alegação de falta de estrutura do estabelecimento médico, o que configura forma de violência institucional.

Em estudo realizado por Maria do Carmo Leal, por meio de levantamento realizado pela Fiocruz¹⁰ e os resultados da pesquisa realizada pelo Instituto Nascir no Brasil, observou-se que as boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres entrevistadas:

As boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. O uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia foram utilizadas, em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente. A cesariana foi menos frequente nas usuárias do setor público, não brancas, com menor escolaridade e múltiparas. Para melhorar a saúde de mães e crianças e promover a qualidade de vida, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo o setor privado, necessitam mudar o modelo de atenção obstétrica promovendo um cuidado baseado em evidências científicas. (LEAL, 2014)

No mesmo estudo, foram observados critérios relacionados à utilização de intervenções médicas desnecessárias sob o ponto de vista do risco obstétrico habitual. Para fins de definição de gestações de risco habitual, excluiu-se qualquer situação de risco que enseje a utilização de intervenções durante o trabalho de parto e parto. Isso porque existe a necessidade de comprovação do uso de intervenções médicas de forma excessiva e desnecessária, como em relação a elevada incidência de cesarianas realizadas no Brasil, incentivada pela cultura de medicalização do parto e uso de práticas em desacordo com evidências científicas, que conforme demonstrado no mencionado artigo, chegou à marca de 45,5% no que tange às mulheres sem comorbidade (LEAL, 2014).

Durante o estudo, foi constatado, ainda, que as intervenções médicas também ocorreram de forma excessiva em relação ao trabalho de parto e o parto vaginal, onde apenas

¹⁰ DO CARMO LEAL, M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Rio de Janeiro, 2014.

5,6% das parturientes de risco habitual pariram de forma natural, sendo primíparas 3,2% deste grupo.

Sob uma ótica global em relação a intervenção sobre o parto, observa-se:

“Na Austrália, país onde as intervenções sobre o parto também vêm aumentando nas últimas décadas, 15% das mulheres pariram de forma natural no sistema privado e 35% no sistema público de saúde 7. Já no Reino Unido, o parto natural correspondeu a 41,8 % do total de nascimentos em 2011, sendo 97% deles em instituições dos serviços públicos de saúde.” (LEAL, 2014).

Conforme apurado no estudo, no Centro-Oeste e Norte foi registrada maior ocorrência de cesarianas, mormente em relação às mulheres mais velhas e primíparas. Em contrapartida, entre as mulheres sem plano de saúde, adolescentes, mulheres de menor escolaridade, não brancas e múltíparas o percentual de cesarianas foi extremamente baixo (LEAL, 2014).

Ainda, a questão etária se destaca quando avaliado o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e em relação ao monitoramento do trabalho de parto por meio do partograma, onde as mais velhas utilizaram menos os referidos métodos e às primíparas foram proporcionadas as boas práticas com maior frequência, com exceção do uso de partograma (LEAL, 2014).

Se faz necessário, portanto, abordar algumas práticas recorrentes de violência obstétrica para melhor compreender a dificuldade na judicialização das demandas relacionadas ao tema, bem como a comprovação do dano sofrido em função do ato lesivo cometido pela equipe de assistência ao parto.

2.2.1. PRÁTICAS VIOLENTAS NO PARTO

Considerada como uma das práticas violentas no âmbito da parturição, a manobra de Kristeller é reconhecidamente conduta prejudicial para a mulher e o nascituro uma vez que consiste na compressão da barriga da parturiente, de modo a forçar a aceleração do parto. Nesse procedimento, o médico sobe na barriga da paciente e pressiona o nascituro para baixo, situação que pode acarretar em severas sequelas como fratura de costelas, falta de oxigenação do feto, lesões aos órgãos internos e até mesmo traumatismo craniano. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já produziu recomendação no sentido de que a prática deve ser terminantemente eliminada do cotidiano da assistência ao parto¹¹.

Outra forma extremamente problemática no âmbito da parturição, é a episiotomia. Sabe-se que a inclusão da prática conhecida como episiotomia às práticas relacionadas à assistência ao parto remota ao início do século XX e foi desenvolvida com a finalidade de reduzir os danos causados em decorrência da laceração natural do períneo durante a etapa de expulsão, bem como reduzir o risco de posterior incontinência urinária e fecal. No entanto, conforme defende Maria do Carmo Leal (2014), não houve efetiva análise e pesquisas realizadas de modo a avaliar os riscos e benefícios relacionados à prática da episiotomia, o que fatalmente culminou em diversas lesões físicas às parturientes.¹² Nesse sentido, a episiotomia foi observada mais frequentemente na Região Centro-Oeste do Brasil e em relação às primíparas. Além disso, a prática da episiotomia foi relatada por mais de 50% das mulheres participantes, desse grupo por volta de 75% são primíparas, ou seja, que estão na primeira gestação.

Estudo realizado pelo Cochrane Pregnancy and Childbirth Group¹³ acerca do uso de episiotomia em partos vaginais concluiu que o uso restritivo da prática demonstra baixos riscos de intercorrências médicas como laceração perineal severa e complicações no puerpério relacionadas ao processo de recuperação. No entanto, isso não significa dizer que a prática deve ser realizada como forma de acelerar a etapa de expulsão, sem a aplicação de anestesia, de forma rotineira na assistência obstétrica.

Sob o mesmo entendimento estão as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁴ sobre o tema, uma vez que orienta que a taxa de realização de episiotomia deve estar entre 10% e 30%.

¹¹ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com Dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 103. 2012.

¹² DO CARMO LEAL, M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Rio de Janeiro, 2014.

¹³ World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.

¹⁴ LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

No Brasil, estima-se que, em relação a mulheres de risco obstétrico habitual, ou seja, que não estão acometidas de qualquer comorbidade que enseje intervenção médica excessiva, a taxa de realização de episiotomia é de 56,1%¹⁵, muito superior ao recomendado pela OMS.

O cenário demonstrado no Brasil vai em contrapartida ao observado em outros países que buscam reduzir o manejo dessa prática, como o Canadá¹⁶, onde as taxas de episiotomia foram reduzidas de 38% para 24% no período de 8 anos de implementação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher; na França¹⁷ houve redução de 71% para 44% entre 2003 e 2010 em relação à primíparas e 36% para 14% em múltíparas; nos Estados Unidos a incidência de episiotomia foi de 17% em relação à primíparas¹⁸.

Sobre a questão da episiotomia, convém transcrever relato de vítima de violência obstétrica sobre a técnica:

“Eu não sei porque o médico tentou me dar anestesia três vezes, ai quando ele fez o primeiro piquezinho [episiotomia], primeiro corte, eu realmente não senti, mas quando ele foi fazendo cortes mais profundos eu comecei a gritar, e falar pra ele que eu tava sentindo muita dor, que eu tava sentindo tudo, ai ele falou assim ‘mas agora eu não posso mais parar de fazer o parto pra poder te anestesiá de novo, senão o bebê pode morrer, e ai ele fez o meu parto em cinco minutos, eu gritando, desesperada, sentindo tudo, morrendo de dor. E quando ele tirou a Laura ele me deu uma anestesia lá, um cheirinho (...) pra poder fazer a sutura, que demora muito tempo, e quando eu acordei eu já acordei lá no quarto, então eu nem cheguei a ver minha filha.” (Viviane Araujo, vítima de violência obstétrica)¹⁹

Ainda que existam inúmeros relatos sobre a dolorosa experiência, fato é que os médicos permanecem aplicando as técnicas na assistência ao parto, ainda que a técnica não seja indispensável para o bom andamento dos processos, de forma, unicamente, a controlar o momento da expulsão do nascituro para que ocorra mais rapidamente.

Além da manobra de Kristeller e a episiotomia, outro mecanismo de aceleração do parto é o uso do fórceps, instrumento utilizado para prender a cabeça no feto para extração do canal vaginal. A utilização do fórceps pode ocasionar lesões graves como deformidade do crânio, paralisia cerebral e aumento na dor do parto.

No âmbito da violência sexual, destacam-se as intervenções como exame de toque excessivo e realizado com fins acadêmicos onde a parturiente é utilizada como objeto de observação e intervenção por um grupo de pessoas sem o seu consentimento explícito. A própria episiotomia que costuma ser seguida do chamado “ponto do marido” pode gerar

¹⁵ Idem.

¹⁶ Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Epi - siotomy rates around the world: an update. Birth 2005; 32:219-23.

¹⁷ Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012; 41: e1-e15.

¹⁸ Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Listening to mothers III: pregnancy and childbirth. New York: Childbirth Connection; 2013.

¹⁹ A Dor além do Parto. Documentário. Acesso em:24. dez. 2023.

intercorrência no âmbito sexual, considerando que a fruição da liberdade sexual da mulher acaba sendo limitada em razão da alteração da anatomia do canal vaginal.

Outra forma de violência obstétrica, é o atendimento hostil e negligente prestado às no pré, durante e no pós parto, com a negativa de analgesia, alimentos, água, bem como a sua limitação quanto a escolha da posição para realização do parto normal.

A negativa de administração de analgésicos para controlar as dores relacionadas ao parto é recorrente, disso decorre que as parturientes além de suportar as dores normais do parto, por vezes aguardam sem qualquer tipo de medicamento a alta médica.

Por meio de estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo, foi observado que 10% das entrevistadas possuíam algum tipo de reclamação relacionada ao não oferecimento de alívio para dor ou até mesmo negados quando solicitados para a equipe médica²⁰. A desconsideração da dor sofrida pela paciente revela um caráter negligente da prestação de serviço da equipe de assistência.

“Assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo a dor ‘no corte’. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal que episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para a dor. Procuo me informar e descubro que o médico que ‘fez os partos’ não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que ‘normal não dói, é coisa da cabeça delas’.” Ex- funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES. (DOSSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO).²¹

Sendo assim, delineadas as formas de violência obstétricas mais recorrentes mediante aos relatos das vítimas no Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio, bem como na pesquisa desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo, convém tratar da temática sob a perspectiva de violência de gênero.

²⁰ Fundação Perseu Abramo/SESC. Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados. São Paulo, 2010.

²¹ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com Dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 133. 2012

3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

3.1 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

O Brasil é signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, inovadora no tratamento da violência contra a mulher no âmbito internacional e foi fruto de intensa luta feminista para efetivação de seus direitos humanos e proteção contra a discriminação.

Promulgada em 1996, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher trouxe uma série de previsões reafirmando o compromisso nacional em respeitar e punir as ofensas aos direitos humanos na extensão daquilo que atinge a dignidade humana da mulher. Nesse sentido, é configurado no documento que se entende por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero que culmine em óbito ou sofrimento psicológico, físico ou sexual à mulher.

A Convenção determina que os Estados signatários têm o dever de condenar todas as formas de violência contra a mulher e promover o efetivo cumprimento no disposto em seu art. 7º. Dentre outras recomendações, a Convenção estabelece que o Estado Parte deve *“incorporar na sua legislação interna normas penais, civis, administrativas e de outra natureza, que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como adotar as medidas administrativas adequadas que forem aplicáveis.”*, bem como *“estabelecer mecanismos judiciais e administrativos necessários para assegurar que a mulher sujeitada a violência tenha efetivo acesso a restituição, reparação do dano e outros meios de compensação justos e eficazes.”*²². Disso decorre que, uma vez signatário da Convenção, o Brasil já deveria ter dado efetivo cumprimento aos mencionados dispositivos, de modo a acelerar a tramitação de projetos de lei que coibam as formas de violência contra a mulher, bem como a violência obstétrica, uma vez que se caracteriza por violência em razão do gênero.

Existe, ainda, a Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher que foi recepcionada no ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto nº 4.377/02 e dispõe que:

Artigo 2º

Os Estados Partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher, e com tal objetivo se comprometem a:

- a) Consagrar, se ainda não o tiverem feito, em suas constituições nacionais ou em outra legislação apropriada o princípio da igualdade do homem e da mulher e assegurar por lei outros meios apropriados a realização prática desse princípio;

²² BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Art. 7º, alínea “g” Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm>

- b) Adotar medidas adequadas, legislativas e de outro caráter, com as sanções cabíveis e que proíbam toda discriminação contra a mulher;
- c) Estabelecer a proteção jurídica dos direitos da mulher numa base de igualdade com os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação;
- d) Abster-se de incorrer em todo ato ou prática de discriminação contra a mulher e zelar para que as autoridades e instituições públicas atuem em conformidade com esta obrigação;
- e) Tomar as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa;
- f) Adotar todas as medidas adequadas, inclusive de caráter legislativo, para modificar ou derrogar leis, regulamentos, usos e práticas que constituam discriminação contra a mulher;
- g) Derrogar todas as disposições penais nacionais que constituam discriminação contra a mulher.²³

Nesse sentido, de forma a garantir proteção dos direitos humanos das mulheres, assegurados pelas Convenções internacionais, o ordenamento jurídico brasileiro precisa dispor de leis específicas que efetivamente afaste tal mazela do cotidiano das mulheres, de modo que possam gozar de seus direitos fundamentais, constitucionalmente garantidos.

3.2. A CONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Conforme anteriormente tratado, a violência obstétrica está inserida em um contexto de relação hierárquica entre médico e paciente. Isso porque a parturiente assume uma posição de vulnerabilidade frente ao profissional de saúde, muitas vezes incentivada pela concepção de senso comum onde o médico detém o efetivo saber acerca das melhores práticas e, portanto, não deve ser questionado.

Nesse sentido, sabe-se que a violência de gênero se reflete nas mais diferentes áreas da vida feminina, no âmbito da parturição não seria diferente. Serra (2021) analisa a questão de forma mais aprofundada, buscando as raízes da normalização das violências sofridas pela mulher em razão de seu gênero. Sobre o tema, a autora dispõe que o papel incumbido a figura da mãe, pressupõe a abnegação inequívoca de si em prol de seu filho. Assim, tal interpretação resulta na subalternização da mulher, de modo a reforçar estereótipos femininos relacionados ao cuidado e abnegação de si mesma.²⁴

²³ BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984.. Brasília, DF. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm>

²⁴ SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ. 227f. Dissertação (Mestrado em Direito/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018, p. 46. Disponível em: . Acesso em: 31 mai. 2021.

Simone de Beauvoir busca comprovar em sua obra que, às avessas do determinismo biológico, a concepção do ser mulher é, na verdade, socialmente construída e serve como instrumento de opressão frente à sociedade patriarcal.²⁵

Chauí (1985) demonstra que a violência contra a mulher é resultado da construção ideológica de superioridade do masculino. Com isso, a violência de gênero é resultado da utilização das diferenças entre homem e mulher para fins de dominação do gênero entendido como submisso, inferior. Na concepção da autora, havendo a ideia de hierarquia, o gênero subalternizado passa a ser observado como objeto, não como sujeito.²⁶

No entendimento da autora, além da relação de subalternização da mulher em razão de seu gênero, ao trazer o conceito para o âmbito hospitalar a situação ganha novos contornos, ao passo que se revela como uma forma de violência institucional aquela produzida pelo médico sobre o paciente considerando sua posição hierárquica na relação.

Um dos flagrantes métodos utilizados por médicos, eivados de machismo, é o chamado “ponto do marido” que consiste em suturar a vagina da parturiente além do necessário de modo a aumentar o prazer sexual do parceiro, ao passo que promove extremo desconforto à mulher.

Sozinha na sala de parto, ela conta ter ouvido um diálogo entre uma enfermeira e o médico Humberto Keiji. “Ela perguntou: ‘Doutor, vai fazer o [ponto] do marido?’ Ele falou: ‘Vou fazer dois pra garantir’”, lembra.

“Ele virou pro meu marido [em tom] de piadinha e disse: ‘Aí, deixei virgencinha pra você de novo, hein?’”. Pasma, ela conta que pensou: “Quem pediu pra ficar virgem?”

“Eu sentia uma dor horrorosa. Levou vários meses para que eu pudesse ter relações normalmente.” Mas, até então, ela não conseguia culpar seu médico pelo o que aconteceu. “Uma parte de mim continua não querendo acreditar que foi violência, mas que ele fez isso porque aprendeu assim.”²⁷

A observação da violência obstétrica como forma de violência de gênero traduz mais claramente a complexidade do assunto, uma vez que a dinâmica do patriarcado jamais deixará de promover práticas vexatórias com a finalidade de relegar à mulher posição socialmente inferior, o controle do corpo feminino bem como a restrição do seu direito de escolha. Evidente, portanto, que no âmbito obstétrico, conforme demonstrado acima, certos profissionais se utilizam de seu poder sobre a mulher em situação de vulnerabilidade para conferir a ela tratamento misógino e abusivo.

²⁵ BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo. Tradução Sérgio Milliet. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2019.

²⁶ CHAUI, Marilena. Participando do Debate sobre Mulher e Violência. In: FRANCHETTO, Bruna et al (Org.). Perspectivas Antropológicas da Mulher 4. Rio de Janeiro: Zahar Editores, p.25-62, 1985.

²⁷ LARA, Bruna. Médicos cortam e costuram vaginas no parto e estragam a vida sexual das mulheres – uma mutilação genital, segundo especialista. The Intercept Brasil, 10 de setembro de 2018. Disponível em: <<https://theintercept.com/2018/09/10/pontodomarido/?fbclid=IwAR2eQDsF1-KewVVINVD7IRX9260nICagGNb pVJZq6yvx3IfXHYNPTsf4MY>>

É como dispõe Diniz (2001) sobre a violência institucional sofrida pelas mulheres no ambiente hospitalar, questão que toma contornos mais graves a depender dos aspectos culturais, de raça e econômicos da vítima:

A violência marca a trajetória da mulher, até na relação médico paciente nos momentos expressivos de sua vida: contracepção, parto e aborto; KITZINGER indica a assistência ao parto como uma forma de violência de gênero. No Brasil o tema é tratado também como violência institucional na assistência ao parto. A violência de gênero é uma construção social, os papéis opressores masculinos e femininos não são naturais, mas construções sociais e como tal as práticas de saúde estarão sendo moldadas também pelos aspectos culturais, religiosos, econômicos etc., o gênero estrutura a percepção concreta e simbólica de toda a vida social (DINIZ, 2001).

Assim, de modo a evitar as reiteradas violências sofridas pelas mulheres em função do gênero, é necessário que o ordenamento jurídico brasileiro dê efetivo cumprimento aos tratados de proteção aos direitos das mulheres aos quais é signatário, com a promoção das boas práticas e tratamento humanizado da parturição.

4. OS ENTRAVES NA JUDICIALIZAÇÃO DAS DEMANDAS RELACIONADAS A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

4.1. A PROBLEMÁTICA DO ACESSO À JUSTIÇA.

Para tratar das dificuldades enfrentadas pelas mulheres que buscam amparo judicial em relação à situação de violência enfrentada no âmbito obstétrico, convém elucidar do que se trata o efetivo acesso à justiça e como o direito pode servir como instrumento de reparação frente à violação dos direitos humanos das mulheres, ainda que o mero acesso aos meios jurídicos evidencie, na prática, que pode ser uma ferramenta de reprodução de desigualdades (SANDEFUR, 2008).

A luta pela criação de garantias formais de acesso à justiça em relação aos direitos humanos das mulheres ganhou força no Brasil com a redemocratização de 1988, onde durante a Constituinte inúmeros grupos feministas buscaram reproduzir a estratégia colocada em prática anos antes em outros países: a aprovação de leis especiais de modo que houvesse o reconhecimento formal dos direitos da cidadania para as mulheres. (PASINATO, 2013).

Com isso, após a articulação interna dos movimentos feministas pela positivação dos direitos das mulheres somados à atuação dos grupos no contexto internacional, foi possível observar avanços legislativos relevantes relacionados ao tema, com a criação de mecanismos de proteção à dignidade humana da mulher.

Um grande marco na história da positivação dos direitos das mulheres foi a criação da Lei Maria da Penha (11.340/2006) cujo objetivo centraliza-se na criação de mecanismos para coibir a violência contra a mulher no ambiente doméstico e familiar, bem como estabelece medidas de assistência e proteção às vítimas. **A inovação trazida pela lei se traduz na tipificação das situações caracterizadas como violência doméstica, a vedação à aplicação de mera pena pecuniária ao agressor**, a majoração da pena de um para até três anos de reclusão para o agressor e resguarda à vítima e seus dependentes assistência social e psicológica. Além disso, criou os Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher e promoveu o efetivo cumprimento à Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e a Convenção de Belém do Pará.

Outra lei de destaque é a Lei Carolina Dieckmann (12.737/2012) que estabelece princípios e garantias acerca do uso de internet no Brasil, mormente no que tange à coibição da invasão de aparelhos eletrônicos para obtenção de dados pessoais, como fotos íntimas. O movimento legislativo que resultou na criação do tipo penal relacionado a delitos informáticos de modo a alterar o Código Penal, foi incentivado pelo vazamento de fotos íntimas da atriz que dá nome à lei. Fato é que os casos de violação à intimidade da mulher crescem a cada ano, conforme evidencia o levantamento realizado pela organização SaferNet Brasil, que trabalha em parceria com o Ministério Público Federal, onde foi apurado que 55%

das vítimas que buscaram auxílio em relação à exposição de fotos íntimas sem consentimento na internet são mulheres, apenas no ano de 2019.²⁸

Ademais, importantíssimo adendo à legislação brasileira foi a criação da Lei do Minuto Seguinte (12.845/2013) que dispõe acerca do direito das vítimas de violência sexual ao atendimento obrigatório, imediato e gratuito no minuto seguinte à agressão, sem que haja necessidade de comprovação por meio de boletim de ocorrência, o que coloca em evidência a importância da palavra da vítima frente às burocracias impostas pela legislação em geral. A lei garante à vítima atendimento nos hospitais públicos visando o controle das mazelas físicas e psicológicas provocadas pelo abuso, bem como facilita o encaminhamento aos serviços de assistência social.

Existe ainda a Lei Joana Maranhão (12.650/ 2015) cujo efeito foi a alteração dos prazos prescricionais relacionados à crimes de abusos sexuais praticados contra menores de crianças e adolescentes, onde o marco temporal do prazo prescricional passou a ser o momento em que a vítima completa dezoito anos e o prazo para denúncia foi majorado para vinte anos.

Sobre o tema destaca-se, ainda, a relevante Lei do Femicídio (13.104/2015) cujo efeito foi a alteração do Código Penal para criar a qualificadora do crime de homicídio na situação de assassinato envolvendo violência doméstica, menosprezo ou discriminação à condição de mulher da vítima. Outra alteração decorrente da Lei nº 13.104/15 foi a inserção do crime de feminicídio no rol dos crimes hediondos estabelecidos pela Lei nº 8.072/90.

Não obstante os importantes avanços legislativos garantidos pela luta feminista pelo direito das mulheres no Brasil, fato é que existe um déficit histórico no que tange ao acesso à justiça e o alcance dos direitos formais no âmbito material. (PASINATO, 2013.).

Nesse contexto, a problemática envolvendo o acesso à justiça pode ser analisada sob diferentes óticas, com isso, destaca-se aquela desenvolvida por Élica Lauris (2014), que expõe três dilemas basilares em relação ao tema.

Em relação ao primeiro dilema, a autora dispõe que está relacionado a acesso e o efetivo direito. Nesse sentido, o questionamento seria como o acesso à justiça pode se manter como ponto fulcral para promoção da igualdade quando o próprio manejo dos mecanismos jurídicos evidencia um cenário de reprodução das desigualdades sociais (LAURIS, 2014).

Entre afirmar a promessa do acesso à justiça e criticar o déficit epistemológico do direito e sua utilização ideológica para os fins de dominação política, não parece possível formular uma teoria crítica que evidencie a estrutural desigualdade como meio de realização do direito e simultaneamente enuncie o acesso à justiça como

²⁸ GALVÃO, Patrícia. Mulheres são maioria dos atendimentos por exposição íntima, ofensas e conteúdo violento na internet. 2022. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-em-dados/mulheres-sao-maioria-dos-atendimentos-por-exposicao-intima-ofensas-e-conteudos-violentos-na-internet/>>

alternativa credível para a emancipação social. Neste caso, tratar-se-ia de acesso em condições desiguais ou acesso ao aparato de manutenção do status quo, enfim, acesso não à igualdade mas à desigualdade. (LAURIS, 2014, P. 39)

O segundo dilema relaciona-se à relação entre tribunais e emancipação social. Considerando a incumbência dos tribunais de promover a mudança social e o real cenário de acesso ao direito e o seu manejo serem, em verdade, privilégio de poucos, como pode ser emancipatória a referida mudança social quando apenas parcela da sociedade pode alcançá-la? Com isso, tem-se que a expectativa imposta sobre os tribunais se mostra ambígua, ao passo que afirmar a cidadania conservando e transformando a ordem das coisas (LAURIS, 2014).

(...) se os tribunais têm um papel de mudança social e a experiência de acesso e de conhecimento do direito é um privilégio de poucas/os, como pode ser emancipatória a mudança social enquanto experiência apenas daquelas/es que puderam acedê-la e/ou têm competência para enunciá-la? Questiona-se a afirmação do papel emancipatório dos tribunais e a utilização do direito no âmbito da mobilização de recursos da ação coletiva. A relação entre tribunais e emancipação social tem sido debatida no interior de uma ambiguidade estrutural, inerente ao próprio direito. Entre a fundação do direito como repressão e sua refundação como resistência, a expectativa em relação aos tribunais é dual: afirmar a cidadania, conservando a ordem das coisas, por um lado, e transformando-a, por outro. (LAURIS, 2014. P. 40)

Por fim, o terceiro dilema trazido pela autora trata da relação entre as raízes e opções do direito e do Estado moderno. Explica-se: a defesa do acesso à justiça não se traduz nas raízes do pensamento jurídico moderno, isso porque ambos estão inseridos em um contexto de acesso a uma justiça seletiva e muito limitada. Com isso, os embates que gravitam em torno do debate acerca do acesso à justiça contribuem para um cenário desestabilizador das categorias jurídicas modernas (LAURIS, 2014).

O direito autônomo e científico, a nação homogênea e o contrato social são as raízes que conferem consistência e constância ao Estado moderno, sendo protegidos e afirmados como forma de assegurar a continuidade organizacional das suas instituições. Apesar de também decorrer do princípio de igualdade entre os indivíduos, comum às raízes do Estado moderno liberal, o acesso à justiça é uma opção cujo comprometimento por parte dos estados resulta numa política pública aleatória e inconstante. Um compromisso que, em muitos casos, resultou ou da imposição de decisões judiciais de garantia do julgamento justo e do devido processo legal, ou da pressão e denúncias sociais acerca das desigualdades de tratamento dos pobres e dos grupos minoritários pelo sistema jurídico e social. A consagração do acesso à justiça como opção constrói-se assim de maneira efêmera, provisória e substituível. Ao evidenciar as fraquezas e limitações do que são as raízes do Estado moderno contribui para a implosão do direito, da nação e do contrato social como princípios de organização e gestão das sociabilidades. (LAURIS, 2014. p. 40 e 41)

Nesse contexto, a autora sugere que é necessário avançar para um debate mais substancial em relação ao acesso à justiça de modo a alcançar uma resposta em relação à pergunta central sobre o tema, se o direito por si só traz a justiça. Considerando o papel do direito na reprodução das desigualdades sociais sob uma ótica de limitação do manejo dos mecanismos jurídicos à apenas uma parcela da sociedade, bem como na manutenção do *status quo* com vistas a preservar uma ideologia de dominação, seria preciso estimular a criação de mecanismos jurídicos de acesso à justiça que efetivamente funcionassem como amplificadores das oportunidades na busca pela reivindicação de direitos.

Neste caso, a justiça do direito decorre da justiça do acesso à justiça. Esta perspectiva, por sua vez, é duplamente condicionada, circunscrevendo-se a um espaço e a uma esperança. O espaço são os tribunais e a esperança é a de que os tribunais venham a assumir um papel pró-ativo de correção das desigualdades na distribuição dos direitos, dando efetividade aos catálogos de direitos previstos nas constituições dos estados, em especial aos direitos culturais, económicos e sociais. O carácter duplamente condicionado faz essa justiça, em sentido substantivo, depender não só dos mecanismos de acesso, mas também da organização, da posição político-constitucional e da lógica operativa dos próprios tribunais. Por um lado, a condição de garantia de acesso ganha uma nova dimensão, organizacional, em que pesam fatores como recursos financeiros, carga de litigiosidade, formação das carreiras jurídicas, celeridade processual, entre outros. (LAURIS, 2014. p. 44)

Somado a questão organizacional da justiça no sentido de facilitar o acesso aos mecanismos de efetivação de direitos, a garantia de justiça toma contornos políticos, ao passo que “depende da posição constitucional dos tribunais, dos limites e interferências da dinâmica de separação dos poderes do Estado, dos marcos que a organização estatal impõe à independência judicial e da eficácia das decisões dos tribunais” (LAURIS, 2014. p 44).

Diante de todo o exposto, decorre que o mero acesso à justiça não garante a isonomia entre os indivíduos, uma vez que apenas parcela da sociedade dispõe de conhecimento para o manejo dos mecanismos jurídicos disponíveis para efetivação de seus direitos no âmbito material, com isso infere-se que o enfrentamento à violência contra a mulher, mormente no que tange àquela sofrida no ambiente obstétrico pressupõe uma mudança significativa do sistema de justiça, conforme preceituado nas convenções internacionais assinadas pelo Brasil, como a Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará (1994) e Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher - CEDAW (1979). Sobretudo, conforme mencionado, por se tratar de uma violência de gênero e sistemática violação aos direitos humanos das mulheres.

Como se verá adiante, ainda que não existam mecanismos que efetivamente promovam a integral proteção e facilitação de acesso ao direito de reparação ao dano causado especificamente pela violência obstétrica (uma vez que, considerando o aumento nos casos de demandas judiciais relacionadas ao tema pela alta incidência de práticas abusivas cometidas

por profissionais da saúde durante o parto no Brasil²⁹, os mecanismos existentes tem se demonstrado insuficientes), como Lei Federal que defina para fins de indenização e/ou tipifique o crime relacionado à essa violação aos direitos humanos das mulheres, convém destacar os meios jurídicos disponíveis no ordenamento jurídico brasileiro para a reparação judicial (ou a mera mitigação, considerando a insuficiente prestação jurisdicional dos tribunais em face desta violação) no âmbito civil e penal.

²⁹ Conforme apurado pela pesquisa “Nascer no Brasil”, cerca de 45% das mulheres afirmam ter sofrido algum tipo de violência durante ou após o parto no SUS e 30% na rede privada.

4.2. RESPONSABILIDADE CIVIL E RESPONSABILIDADE PENAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

Superadas as questões relacionadas ao acesso à justiça e a sua relação com a efetivação de direitos humanos das mulheres, convém delinear as diferenças relacionadas a responsabilização no âmbito civil e no âmbito penal com relação às demandas judiciais com vistas à obtenção de reparação ao dano causado pela violência obstétrica e a condenação de seus agentes, os profissionais da saúde.

Relacionado às diferenças acerca da responsabilização civil e penal, discorre Aguiar Dias:

Para efeito de punição ou da reparação, isto é, para aplicar uma ou outra forma de restauração da ordem social é que se distingue: a sociedade toma à sua conta aquilo que a atinge diretamente, deixando ao particular a ação para restabelecer-se, à custa do ofensor, no status quo anterior à ofensa. Deixa, não porque se não impressione com ele, mas porque o Estado ainda mantém um regime político que explica a sua não intervenção. Restabelecida a vítima na situação anterior, está desfeito o desequilíbrio experimentado. (...) Assim, certos fatos põem em ação somente o mecanismo recuperatório da responsabilidade civil; outros movimentam tão somente o sistema repressivo ou preventivo da responsabilidade penal; outros, enfim, acarretam, a um tempo, a responsabilidade civil e a penal, pelo fato de apresentarem, em relação a ambos os campos, incidência equivalente, conforme os diferentes critérios sob que entram em função os órgãos encarregados de fazer valer a norma respectiva. (...) que é quase o mesmo o fundamento da responsabilidade civil e da responsabilidade penal. As condições em que surgem é que são diferentes, porque uma é mais exigente do que a outra, quanto ao aperfeiçoamento dos requisitos que devem coincidir para se efetivar. (AGUIAR DIAS., Da responsabilidade, cit., p. 10, n. 5).

De forma geral, a responsabilidade tanto no âmbito civil quanto no âmbito penal decorre de um ato ilícito e, com isso, mediante avaliação da natureza e extensão do dano, gera-se o dever de indenizar a vítima ou, ainda, a aplicação de sanção penal ao agente. Infere-se, dessa forma, que a contrapartida obtida por vias judiciais possui o objetivo central de responsabilização do agente de determinada conduta lesiva por seus atos e, sucessivamente, possibilitar à vítima reparação justa frente ao ilícito sofrido.

Com isso, uma vez que a responsabilidade penal está relacionada à infração de norma de direito público, o interesse lesado pelo agente é o da sociedade. Em contrapartida, quanto à responsabilidade civil, tem-se que o interesse lesado pelo agente é o privado (GONÇALVES, 2012).

Uma vez afetado pela conduta lesiva do agente, a vítima pode então pleitear ou não a reparação judicial do seu dano. É como define Afrânio Lyra (1977):

(...) o agente transgride, também, a lei penal, ele se torna, ao mesmo tempo, obrigado civil e penalmente. E, assim, terá de responder perante o lesado e perante a

sociedade, visto que o fato danoso se revestiu de características que justificam o acionamento do mecanismo recuperatório da responsabilidade civil e impõem a movimentação do sistema repressivo da responsabilidade penal. Quando, porém, no fato de que resulta o dano não se acham presentes os elementos caracterizadores da infração penal, o equilíbrio rompido se restabelece com a reparação civil, simplesmente. (LYRA, 1977. p. 34).

Isso significa dizer que, nos casos que abarcam a possibilidade de enquadramento em ambas as esferas, cível e penal, existe uma parcela exercível pela vítima com a reparação/indenização e outra pela sociedade, relativamente à punição do agente. (DIAS, 1977).

Ainda em relação às diferenças da responsabilidade civil e responsabilidade penal, convém destacar que considerando a possibilidade de privação da liberdade do réu, levando em consideração a característica *ultima ratio* do direito penal, incentivado pela preservação ao princípio da dignidade humana, sabe-se que a este devem ser resguardadas todas as suas garantias contra o Estado, o qual é incumbido de arcar com ônus da prova. (DIAS, 1977).

Não obstante, nos casos que envolvem responsabilidade civil, principalmente aqueles envolvendo violência obstétrica, demandam da vítima e seu representante legal relevante esforço no campo probatório, uma vez que a maior parte das informações pertinentes encontram-se no prontuário médico que fica em posse da unidade hospitalar.

É nesse ponto que existe outra distinção entre as duas esferas analisadas: o ordenamento jurídico possibilita que em determinados casos exista a caracterização de responsabilidade sem culpa, a responsabilidade objetiva baseada na teoria do risco que se trata da obrigação daquele que realiza atividade que possa provocar risco a outrem, como no caso dos hospitais que respondem objetivamente quanto aos atos cometidos com culpa por médicos que integram seu quadro de funcionários.

Feitos os delineamentos pertinentes, convém tratar especificamente de cada uma das esferas analisadas.

4.2.1. RESPONSABILIDADE CIVIL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

Ainda que não exista Lei Federal que tipifique especificamente a Violência Obstétrica, descrevendo suas características e enquadramento legal, bem como cominando qualquer tipo de pena para o ilícito, fato é que as pessoas afetadas por essa forma de violação podem buscar amparo no âmbito civil de modo a obter reparação judicial para seus casos.

Nesse sentido, a judicialização das demandas pode ensejar responsabilização civil dos agentes, considerando as flagrantes violações aos direitos fundamentais, estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Isso porque em caso de danos físicos, materiais e morais em

relação à parturiente ou ao nascituro, existe a possibilidade de responsabilização dos profissionais de saúde, a administração do estabelecimento de saúde e, nos casos de atendimento no sistema público de saúde, a Administração Pública, o que gera o efetivo dever de indenizar a vítima.

A responsabilidade civil se caracteriza por dano causado pela lesão de um bem juridicamente tutelado, ou seja, decorre de conduta voluntária violadora de um dever jurídico, o ato ilícito. Nesse sentido, ato ilícito é aquele praticado contra o dever legal de não causar dano ou violar os direitos de outros indivíduos (GONÇALVES, 2012) que se impõe sobre toda a sociedade, conforme preceitua o art. 186 do Código Civil:

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. (Código Civil/2002).

Assim, o ato ilícito praticado pelo agente enseja a obrigação de reparar o dano causado e indenizar a vítima, na forma do art. 927 do 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. (Código Civil/2002).

Conforme disposto no Código Civil, a violação do dever jurídico de não causar dano a outrem gera um novo dever jurídico, a reparação do dano. Com isso, importa destacar que a natureza da relação jurídica que gerou a obrigação possui relevância para identificação do responsável pela reparação do dano.

Nesse sentido, a responsabilidade pode ser contratual, quando a obrigação advém do inadimplemento do avençado em um contrato entre as partes e extracontratual, situação em que o fato gerador da obrigação de reparar o dano é a efetiva infração de um dever legal³⁰, ou seja, o dever genérico de não lesar. Assim, para caracterização da obrigação extracontratual, não é necessária a existência de qualquer vínculo jurídico entre o causador do dano e a pessoa que o suporta.

Se torna relevante, ainda, a distinção acerca da responsabilidade objetiva e subjetiva que está relacionada à observação de culpa ou não do agente. Dessa forma, infere-se que nas situações que enquadraram-se na teoria da responsabilidade subjetiva, a vítima precisa comprovar a culpa do agente, ou seja, o elemento probatório da culpa é indispensável para a identificação do dano indenizável. Em contrapartida, na responsabilidade objetiva o que deve

³⁰ GONÇALVES, op. cit., passim.

ser observado é a efetiva existência de nexo de causalidade entre o dano e ação do agente, independentemente de culpa³¹.

Em relação à responsabilidade subjetiva, destaca-se que existem quatro elementos específicos para sua caracterização: a relação de causalidade, a culpa, o dano sofrido pela vítima e a própria conduta (omissiva ou comissiva) (GONÇALVES, 2012).

Nesse sentido, Gonçalves defende que o art. 186 do Código Civil trata do dolo em relação à parcela do texto que dispõe sobre “ação ou omissão voluntária” e sobre a culpa tratando da “negligência ou imprudência”. Com isso, as provas de culpa ou dolo a serem apresentadas pela vítima para obtenção de reparação judicial no âmbito civil devem estar relacionadas aos atos lesivos intencionalmente cometidos pelo agente ou da falta de diligência no manejo dos procedimentos, em se tratando de violência obstétrica.

A relação de causalidade trata-se do vínculo entre o dano causado e o ato omissivo ou comissivo do agente. Disso decorre que sem a comprovação do nexo causal, inexistente o dever de indenizar³². É como dispõe Cavalieri Filho (2015):

É preciso que esse dano tenha sido causado pela conduta ilícita do agente, que exista entre ambos uma necessária relação de causa e efeito. Em síntese, é necessário que o ato ilícito seja a causa do dano, que o prejuízo sofrido pela vítima seja um resultado desse ato, sem o que a responsabilidade não correrá a cargo do autor material do fato. (FILHO, 2015 p. 25)

Outrossim, a conduta do agente é o elemento de caracterização da responsabilidade subjetiva que deslinda a manifestação da vontade humana que culmina em ato antijurídico ou no não-agir, ou seja, a omissão frente a efetiva obrigação de cumprir dever legal.

Sob esse entendimento, as condutas caracterizadas como violência obstétrica impactam drasticamente o cotidiano das vítimas e produzem sequelas físicas, emocionais e psíquicas, uma vez que os atos cometidos pela equipe de assistência podem ocorrer no pré-natal, durante o parto e no pós parto, traduzindo-se em agressões físicas, sexuais, realização de procedimentos desnecessários ou sem o consentimento da parturiente (até mesmo após a manifestação expressa de recusa), submissão da parturiente à situações degradantes como privação de alimento e água, tricotomia, não realização de analgesia, bem como a violação a direitos garantidos às parturientes, como é o caso do impedimento do acompanhamento do parto por pessoa de confiança e da escolha da parturiente, não obstante ao disposto na Lei do Acompanhante nº 11.108/2005. Assim, considera-se que as condutas lesivas do agente podem afetar não somente a parturiente mas também sua família e seus descendentes, no entanto, a vítima principal que suporta os efeitos do dano causado, é a parturiente³³.

³¹ GONÇALVES, op. cit., passim.

³² CAVALIERI FILHO, op. cit., p. 25.

³³ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Senado Federal, Brasília, 2012, p. 59..

No que tange ao dano, infere-se que está relacionado a lesão de bem juridicamente tutelado e pode estar relacionado tanto à esfera patrimonial (material) e extrapatrimonial (moral) a depender se impacta o patrimônio ou o indivíduo enquanto pessoa humana. É como instrui Maria Helena Diniz³⁴ (2001):

O dano pode ser definido como a lesão (diminuição ou destruição) que, devido a um certo evento, sofre uma pessoa, contra a sua vontade, em qualquer bem ou interesse jurídico, patrimonial ou moral. (Diniz, 2001.)

Sobre a reparação do dano à título de indenização, dispõe Carlos Roberto Gonçalves:

Indenizar significa reparar o dano causado à vítima, integralmente. Se possível, restaurando o *status quo ante*, isto é, devolvendo-a ao estado em que se encontrava antes da ocorrência do ato ilícito. Todavia, como na maioria dos casos se torna impossível tal desiderato, busca-se uma compensação em forma de pagamento de uma indenização monetária. (Gonçalves, 2012.)

Em se tratando de dano material, conforme disposto no art. 402 do Código Civil, a indenização abrange os danos emergentes e lucros cessantes. É ver:

Art. 902 - Salvo as exceções expressamente previstas em lei, as perdas e danos devidas ao credor abrangem, além do que ele efetivamente perdeu, o que razoavelmente deixou de lucrar.

Nesse sentido, os danos emergentes são identificados pela diminuição do patrimônio da vítima, ou seja, aquilo que efetivamente já perdeu. No âmbito das demandas relacionadas à violência obstétrica, a vítima pode executar o valor gasto com cirurgias reparadoras quanto o dano causado pela violência sofrida demande esse tipo de intervenção, medicamentos e demais quantias gastas decorrentes do ato ilícito sofrido.

Os lucros cessantes se tratam da parcela que a vítima deixou de perceber em decorrência da convalescência, ou seja, nos casos em que eventualmente precisar permanecer afastada do posto de trabalho ou impedida de realizar atividade remuneratória em razão da gravidade da violência sofrida, cabe ao agente do ato ilícito ressarcir os valores que a vítima se frustrou de receber.

Isso porque naturalmente o corpo feminino necessita de tempo para se recuperar do parto (ainda que humanizado e manejado dentro dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde) e de todos os efeitos que as alterações hormonais decorrentes produzem. No entanto, conforme anteriormente demonstrado, danos físicos causados pelo emprego das mais diversas técnicas violentas geram complicações graves a saúde da mulher, como é o caso da realização negligente da episiotomia que pode gerar a laceração do períneo com a comunicação entre o

³⁴ DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro.vol. 7: responsabilidade civil. 17a ed. São Paulo: Saraiva. 2001. p. 37.

reto e o canal vaginal, o que expõe a vítima à infecções e pode levá-la a morte, conforme se observa do julgamento da Apelação Crime nº 70053392767 de caso correlato que será analisado em tópico próprio.

Nos casos em que a violência obstétrica resulta em morte, seja da mulher, seja do nascituro, convém destacar que a indenização será nos moldes dos artigos 948 e 949 do Código Civil. Sendo assim, a indenização deverá comportar as despesas com a preparação do(s) corpo(s) da(s) vítima(s), funeral e eventuais alimentos devidos pela vítima a outrem.

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

I - no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;

II - na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Além disso, os herdeiros da vítima possuem legitimidade para pleitear a indenização, considerando o disposto no art. 943 do Código Civil, que dispõe que “*o direito de exigir reparação e a obrigação de prestá-la transmitem-se com a herança*”. Já em casos em que a mulher era comprovadamente a responsável pela renda da família, seus dependentes têm legitimidade para pleitear a indenização na condição de vítimas, uma vez que são as pessoas diretamente afetadas pela perda, sendo possível, ainda, o requerimento de pensão caso existam provas da efetiva dependência econômica da vítima principal, a mulher³⁵.

No âmbito hospitalar, como será melhor exemplificado a frente, um dos meios de prova mais utilizados e requisitados pelos magistrados é o prontuário médico. Sabendo-se que o documento permanece em posse da administração do hospital, é evidente a dificuldade da vítima em comprovar os procedimentos e intervenções medicamentosas utilizadas durante a sua permanência no estabelecimento, logo, existe um entrave na construção de sua demanda judicial.

Esse entrave não é enfrentado apenas pelas vítimas de violência obstétrica ao passo que se demonstra nas mais variadas demandas, sendo assim, o ordenamento jurídico possibilita que em determinados casos exista a caracterização de responsabilidade sem culpa, a responsabilidade objetiva baseada na teoria do risco que se trata da obrigação daquele que realiza atividade que possa provocar risco a outrem, tem a obrigação de repará-lo³⁶. Por exemplo, o hospital responde objetivamente quanto aos atos cometidos com culpa por médicos que integram seu quadro de funcionários ou trabalhem esporadicamente de forma

³⁵ GONÇALVES, op. cit., p. 45.

³⁶ GONÇALVES, op. cit., p. 48.

conveniada, que no exercício da profissão e nos limites do estabelecimento inflijam algum tipo de dano ao paciente³⁷.

O enquadramento relacionado à responsabilidade objetiva do hospital se dá por meio do caput do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, dispositivo que possui a finalidade de promover o cumprimento do art. 5º, XXXII da Constituição Federal, que assim dispõe “*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.*”. Com isso, a responsabilidade do hospital, inicialmente, limita-se a prestação de serviços adequados, bem como a disponibilização de recursos materiais e profissionais competentes para adimplemento das obrigações assumidas, no entanto, quando configurado defeito na prestação de serviço, como atos ilícitos praticados por profissionais atuantes no complexo hospitalar (com a devida apuração de culpa profissional), a instituição responde solidariamente ao responsável, de modo que possui também o dever objetivo de indenizar a vítima.

É, ainda, pelo caráter consumerista da relação que existe a possibilidade de inversão do ônus da prova, uma vez que o art. 6º, VIII do Código de Defesa do Consumidor prevê que o julgador pode inverter o ônus probatório nos casos em que a alegação for verossímil ou quando o consumidor for hipossuficiente, de modo a facilitar a construção de sua defesa. Tal previsão possui a finalidade de dirimir a dificuldade de acesso à produção de provas considerando que, em relação aos embates entre hospital e paciente, a instituição dispõe de maior gama de recursos, principalmente financeiros, para manejar a instrução do processo judicial, sendo certo que em alguns casos é a real possuidora da documentação necessária para resolução da lide, como prontuários médicos, receitas, histórico de exames, relatórios e laudos.

No contexto do direito médico existem debates acerca do enquadramento e extensão da responsabilidade relacionada ao risco e o dano causado por profissionais de saúde no exercício de suas profissões. No entanto, salienta-se que a natureza da obrigação é, sem dúvidas, contratual, conforme instrui José Alves Dias “ora, a natureza contratual da responsabilidade médica não nos parece hoje objeto de dúvida. (...) Acreditamos, pois, que a responsabilidade do médico é contratual, não obstante sua colocação no capítulo dos atos ilícitos., na mesma toada segue Miguel Kfoury Neto “apesar de o Código Civil brasileiro colocar a responsabilidade médica entre os atos ilícitos, não mais acende controvérsias caracterizar a responsabilidade médica como *ex contractu*.”.

³⁷ Responsabilidade do hospital quanto à atuação técnico-profissional do médico. Disponível em: <<https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/cdc-na-visao-do-tjdft-1/responsabilidade-civil-no-cdc/responsabilidade-do-hospital-quanto-a-atuacao-tecnico-profissional-do-medico>>. Acesso em: 27 jun. 2024.

É como dispõe o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp. 81.101 cuja relatoria era do Min. Waldemar Zveiter³⁸:

Impõe-se situar a responsabilidade civil do médico, como do tipo responsabilidade contratual. Muito já se discutiu a doutrina, com reflexos na jurisprudência dos tribunais, sobre se a responsabilidade do profissional da medicina seria contratual ou extracontratual. Hoje não mais pairam dúvidas a respeito dessa responsabilidade. Assim se tem entendido porque, via de regra, o médico, no desempenho de suas funções, não tem comprometido um determinado resultado, mas apenas exige-se-lhe que se conduza de certa forma.

(BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp. 81.101(1995/0063170-9 – 32/05/1999), Relator Ministro Waldemar Zveiter.)

Resta claro, portanto, o estabelecimento de relação contratual no momento em que o médico atende a um paciente, disso decorre que a obrigação assumida pelo profissional é de meio, não de resultado. Isso porque não se pode considerar inadimplente o profissional que não obtém a cura para doença específica ou integral restabelecimento da saúde do paciente, uma vez que se tratando de obrigação de meio espera-se que o médico empregue os cuidados pertinentes, utilização de métodos adequados, bem como o tratamento digno ao paciente, ou seja, uma prestação de serviço digna àquele que figura como credor na relação contratual.

Em suma, em relação aos médicos/enfermeiros obstetras, a responsabilidade assumida no âmbito da parturição é efetivamente o emprego de técnicas saudáveis e pertinentes à condução das etapas do parto, o respeito ao plano de parto, manejo do corpo da parturiente considerando seu poder de escolha quanto aos métodos utilizados, bem como a assistência humanizada e segura para aquela que efetivamente é a credora da relação contratual.

Feito o delineamento a respeito dos danos patrimoniais, necessário tratar dos danos extrapatrimoniais suportados pelas vítimas de violência obstétrica. O dano moral abarca as lesões infligidas aos direitos da personalidade como a honra, imagem, dignidade da pessoa humana, liberdade, integridade e intimidade com amparo na Constituição Federal e trata do sofrimento, tristeza, humilhação e dor sofridos pela vítima em razão do ato lesivo suportado³⁹.

A reparação do dano moral possui lastro no conceito de dignidade da pessoa humana disposto no artigo 1º, III e 5º, III, V e X. É ver:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(...)

III - a dignidade da pessoa humana;

³⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp. 81.101(1995/0063170-9 – 32/05/1999), Relator Ministro Waldemar Zveiter.

³⁹ GONÇALVES, op. cit., p. 387.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

(...)

V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

(...)

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

Com isso, conforme preceitua Caio Mario da Silva Pereira (1998), o dano moral é caracterizada por *“qualquer sofrimento humano que não é causado por uma perda pecuniária e abrange todo atentado à sua segurança e tranquilidade, ao seu amor-próprio estético, à integridade de sua inteligência, à suas afeições (...)”*, já Cavalieri Filho aduz que tal espécie de dano pode ser conceituada em sentido amplo e sentido estrito.

Segundo Cavalieri Filho, em sentido amplo, o dano moral se trata da mera violação ao direito à dignidade, sem a necessidade de verificação de dor ou vexame, uma vez que tais sentimentos seriam consequências advindas da violação à dignidade, portanto, a configuração de atentado ao disposto no art. 1º, III da Constituição Federal seria o principal elemento para a possibilidade de reparação. Em sentido estrito, essa espécie de dano abarca os direitos da personalidade como a honra, o nome, imagem, reputação, intimidade, relações afetivas, em suma, *“abrange todas as ofensas à pessoa, considerada esta em suas dimensões individual e social, ainda que sua dignidade não seja arranhada”*⁴⁰.

A integridade física e psíquica é um direito fundamental que deve ser protegido de forma integral, garantindo-se a reparação pelos danos causados e a adoção de medidas preventivas para evitar novas violações. (CAVALIERI, 2018. p. 183).

(...) a dor, vexame, sofrimento ou humilhação que, fugindo à normalidade, interfira intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem-estar. Mero dissabor, aborrecimento, mágoa, irritação ou sensibilidade exacerbada estão fora da órbita do dano moral, porquanto, além de fazerem parte da normalidade do nosso dia a dia, no trabalho, no trânsito, entre os amigos e até no ambiente familiar, tais situações não são intensas e duradouras, a ponto de romper o equilíbrio psicológico do indivíduo.

Além disso, conforme instrui Kfoury Neto acerca do tratamento da justiça brasileira em relação aos danos extrapatrimoniais no âmbito da responsabilidade médica, em caso de morte da vítima ou lesões graves, os danos secundários advindos do ato lesivo são recepcionados como danos morais. Segundo o autor, a indenização nesses casos deve ser

⁴⁰ CAVALIERI, op. cit. p. 183.

analisada de forma cuidadosa pelo julgador, levando em consideração a gravidade das consequências⁴¹:

A reparação, em caso de morte, deve ter em vista mitigar a dor dos familiares, amenizar a abrupta frustração daquela expectativa risonha de se viver sempre ao lado dos entes queridos, atenuar a sensação de vazio e desesperança. O juiz deve considerar as condições socioeconômico culturais da família, as circunstâncias do trágico acontecimento, a profundidade dos reflexos do preceito desaparecimento no seio familiar, e também as próprias características do evento danoso. Após aferir tais aspectos – e mais aqueles que somente os casos concretos põem diante do magistrado – o julgador indicará, preferentemente em salários mínimos, o valor dessa verba indenizatória.

A questão suscitada pelo autor no fragmento exposto é pertinente aos casos de morte em decorrência da violência obstétrica, seja da parturiente, seja do nascituro, ao passo que o momento do nascimento é cercado de expectativa dos envolvidos considerando que a chegada de novo ente ao seio familiar pressupõe toda uma preparação para sua recepção, que é frustrada pela perda de forma inequivocamente evitável, uma vez que os óbitos costumam ser resultado do emprego de técnicas invasivas e desnecessárias, negligência da equipe médica, desrespeito aos protocolos das entidades de saúde, que geram sofrimento extremo à vítima e, subsidiariamente, restam por afetar seus familiares.

Em relação aos danos estéticos suportados pela vítima de violência obstétrica, geralmente em razão do emprego de técnicas ultrapassadas e sem o devido acompanhamento médico do pós-operatório para mitigar as lesões físicas que sucedem, ressalta-se que se tratam daquelas lesões que deixam marcas permanentes no corpo da vítima, como sequelas físicas, cicatrizes, deformidades, causam embaraço e impedem que aquela que suportou a violência possa viver como antes do dano causado.

Sobre a indenização por dano estético, Kfoury Neto dispõe que devem ser observados certos critérios para fixação da indenização tais como o grau de intensidade da lesão, localização do dano no corpo, a natureza do dano (estático ou dinâmico), grau de visibilidade do dano e a possibilidade de correção⁴². Com isso, as sequelas físicas geradas pela violência obstétrica como o “ponto do marido” que causa grave desconforto à mulher e interfere no exercício da sua liberdade sexual, as sequelas do corte da episiotomia que podem ser relacionadas a cicatriz muito visível que cause extremo constrangimento à mulher, como até mesmo em relação a anatomia e funcionalidade de seus órgãos genitais uma vez que a sutura mal executada na área perineal pode gerar incontinência, podem ser objeto de indenização por dano estético.

Em suma, a indenização por dano extrapatrimonial busca a reparação dos danos causados na esfera imaterial, de modo que, segundo Kfoury Neto, a fixação do valor deve considerar o caráter preventivo/pedagógico da medida para desestimular o cometimento de

⁴¹ KFOURI NETO, op. cit.

⁴² Ibid.

novo ato lesivo, caráter punitivo considerando se tratar de implicação de sanção civil ao agente infrator e, por fim, o caráter compensatório com vistas a mitigar as perdas, dor e humilhação suportados pela vítima.

Convém esclarecer que a vítima de violência obstétrica encontra diversos entraves até que alcance qualquer tipo de reparação judicial frente ao ato lesivo sofrido, isso porque o fato de inexistir, no Brasil, lei específica que trate do tema, fica a cargo da jurisprudência o preenchimento de tal lacuna no ordenamento jurídico, ao passo que são aplicados os critérios gerais de responsabilidade civil de profissionais de saúde pelos julgadores, insuficientes para tratar a complexidade dos casos. Em virtude disso, por meio da análise dos julgados, percebe-se que não existe uniformidade no entendimento dos tribunais a respeito das hipóteses de enquadramento dos casos concretos como violência obstétrica, situação corroborada pela falta de conhecimento dos magistrados acerca do tema, o que resulta em flagrante insegurança jurídica para as vítimas.

Nesse sentido, surge outra problemática relacionada à judicialização das demandas relacionadas à violência obstétrica: o tratamento dos casos de violência contra a mulher no âmbito da parturição como mero erro médico.

4.2.2. DO EQUIVOCADO ENQUADRAMENTO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO ERRO MÉDICO.

Considera-se erro médico “a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância da técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência” (GOMES, FRANÇA, 1999. p 25), disso decorre que, ainda que seja possível que a violência obstétrica e o erro médico ocorram simultaneamente, fato é que se tratam de questões distintas e devem receber tratamento jurídico diferenciado.

Conforme disposto no Manual de Orientação Ética Disciplinar do Conselho Federal de Medicina o erro médico se trata “o mal resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdade mentais” (CREMESC, 2006) com isso, para sua configuração devem ser excluídas as “limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior” (CREMESC, 2006).

Nesse sentido, o conceito de erro e ignorância abarcam diferentes condutas, uma vez que em se tratando de erro o que se observa é a falsa concepção acerca de um fato, ou seja, o profissional ao tomar determinada atitude comete o equívoco por interpretar um fato às avessas da realidade enquanto que a ignorância pressupõe efetivo desconhecimento do fato (MORAES, 1996).

No ordenamento jurídico brasileiro, conforme anteriormente tratado, a responsabilização do profissional de saúde em relação aos atos lesivos cometidos em razão de sua atividade profissional independe de configuração da natureza do dano, seja erro ou ignorância, mas sim o que seria considerado como má prática, passível de condenação no âmbito administrativo, ético (por meio de sanções do Conselho Federal de Medicina), cível (indenização à vítima) e penal (MORAES, 1996). Com isso, observada a culpa relacionada ao ato lesivo e o dano causado, configura-se a responsabilidade.

No entendimento de Gomes (1999), deve-se diferenciar o erro médico do resultado incontrollável de situação cujo o curso era inevitável de modo que o profissional e as tecnologias desenvolvidas pela ciência não dispõem de solução⁴³ caracterizado como erro técnico.

Será caracterizado como erro profissional, ou erro técnico, aquele decorrente de um acidente imprevisível ou de resultado incontrollável, de curso inexorável, onde não existe a responsabilidade do profissional e que seria diferenciado, fundamentalmente, do erro culposo ou erro médico que envolve a culpa do profissional, ensejando a responsabilidade civil e a reparação. (GOMES, 2012, P. 22)

Para que seja possível a configuração de erro médico devem ser observados três aspectos: a imprudência, seja por ato comissivo ou omissivo, em situações onde o médico realiza procedimentos sem amparo científico ou sem prestar os esclarecimentos necessários ao paciente, negligência, quando o profissional de saúde trata o paciente com descuido, descaso, em contrapartida ao compromisso ético assumido em razão do exercício da profissão e a imperícia, quando efetivamente falta certo tipo de conhecimento técnico da profissão, despreparo, inobservância de normas técnicas (GOMES, 2012.)

A problemática envolvendo o enquadramento dos casos de violência obstétrica como erro médico se dá em razão da inexistência de lei específica que trate da temática no Brasil, de modo que os julgadores, em geral despreparados para recepção de demandas relacionadas aos direitos das mulheres e violência de gênero, costumam tratar os casos sob as normas gerais da responsabilidade civil, o que se demonstra extremamente danoso no que tange a reparação do dano suportado pelas vítimas.

Ao enquadrar os casos de violência obstétrica como erro médico, os julgadores desconsideram a complexidade dessa forma de violência, descaracterizando-a como efetiva violação aos direitos humanos das mulheres e, sem a devida condenação dos envolvidos e a reparação devida às vítimas, resta por promover a perpetuação dessa modalidade de ilícito (LEITE, 2016).

Nesse sentido, não bastasse o enquadramento equivocado e simplório como erro médico em relação a casos tão complexos como os que envolvem violência obstétrica,

⁴³ GOMES. Op. cit., p. 27

convém enfatizar que, ao partir da premissa equivocada de que o caso judicializado pela vítima como violência no pré parto, durante ou no pós parto deve receber o mesmo tratamento jurídico de casos envolvendo erro médico, por diversas vezes a mulher deixa de ter seu direito à indenização reconhecido uma vez que o julgador entende não existirem requisitos para a condenação como a imperícia, imprudência e negligência.

Isso se deve ao fato de que os dispositivos gerais relacionados à responsabilidade civil são insuficientes para comportar a complexidade dos casos relacionados à violência obstétrica. Erro médico e violência obstétrica não se confundem e devem receber tratamento jurídico distinto, muito embora possam ocorrer de forma concomitante. A violência obstétrica está inserida no contexto de violência de gênero e ocorrem das mais diversas formas seja pelo emprego de técnicas ultrapassadas e dispensáveis como a episiotomia e a manobra de Kristeller, seja pelo tratamento abusivo dos profissionais de saúde em relação às parturientes como ofensas, agressões físicas e sexuais.

Com a recepção das demandas relacionadas ao tema de violência obstétrica unicamente sob a ótica dos dispositivos gerais da responsabilidade civil, fato é que inexiste a efetiva reparação judicial dos danos suportados para as mulheres afetadas. A questão se assevera ao passo que tais institutos demandam grande volume de produção de provas para comprovação do nexos causal entre o dano sofrido e o ato, sendo certo que para obter qualquer tipo de reparação judicial, a vítima necessita comprovar a culpa do profissional de saúde.

Em relação à comprovação de culpa do profissional de saúde, Cavaliere Filho dispõe que o entendimento dos Tribunais são rígidos quanto ao esforço probatório ao passo que compreendem como possível a condenação à título de indenização apenas nos casos em que são demonstrados erros crassos de diagnóstico, omissão na assistência, equívocos relacionados às medicações ministradas ou a inobservância de normas técnicas pertinentes ao caso. Uma vez que o juiz não possui conhecimento técnico para avaliar tais situações, a realização de perícia técnica passa a ser indispensável sob o ponto de vista dos Tribunais.⁴⁴

É certo que o juiz não está adstrito à perícia, mas é certo, também, que dificilmente encontrará nos autos outras provas suficientes para responsabilizar o médico. Tenha se, ainda, em conta que não cabe ao Judiciário avaliar questões de alta indagação científica, nem se pronunciar sobre qual o tratamento mais indicado para a cura do doente. Só lhe está afeto o exame da conduta profissional, para verificar, à vista das provas, se houve ou não falha humana consequente de erro profissional crasso. Em conclusão: diante das circunstâncias do caso, deve o juiz estabelecer quais os cuidados possíveis que ao profissional cabia dispensar ao doente, de acordo com os padrões determinados pelos usos da ciência, e confrontar essa norma concreta, fixada para o caso, com o comportamento efetivamente adotado pelo médico. Se ele não o observou, agiu com culpa. Essa culpa tem de ser certa, ainda que não necessariamente grave.⁴⁵

⁴⁴ CAVALIERI FILHO, Sergio. op. cit, p. 404

⁴⁵ Ibid.

Se revela problemática, ainda, a relevância dada para a prova pericial nos casos de violência obstétrica, considerando que o relato da vítima deveria ser tratado como pilar central da demanda. Isso porque tal configuração de violência não decorre necessariamente de falha humana, as intervenções danosas empreendidas no corpo da mulher durante o parto são entendidas como perfeitamente comuns pela maioria das equipes de assistência, muito embora existam diversas orientações das instituições de saúde de forma contrária a sua realização, ou seja, ainda que as técnicas aplicadas pelos profissionais no momento do parto possam ser pertinentes em casos específicos, a falta de prestação eficiente de informações relacionadas às práticas bem como o impedimento do direito de escolha da paciente em relação ao manejo do parto, por exemplo, são características da violência obstétrica e rotineiramente não observadas pelos Tribunais. Em suma, tais formas de violência deixam de ser objeto do estudo pericial, restando por impossibilitar que a vítima obtenha a efetiva contrapartida frente ao dano sofrido.

A inobservância da violência obstétrica como forma de violência de gênero impede, ainda, que os Tribunais possam tratar o tema de forma a facilitar a obtenção de reparação judicial como a flexibilização dos meios de prova, como é o caso da tese firmada pelo Superior Tribunal de Justiça que determinou que nos casos de violência contra mulher a prova do dano moral é dispensável. Em seu voto, o Ministro Rogerio Schietti destacou que, nos casos de violência contra a mulher, não seria necessária a produção de prova específica para comprovar a extensão do dano moral sofrido, uma vez que “*o merecimento à indenização é insito à própria condição de vítima de violência doméstica e familiar*” e, além disso, o sofrimento psíquico suportado pela mulher, quando demonstrada a violência, seria presumido.⁴⁶

Em relação ao tema, ainda que exista resistência dos Tribunais em reconhecer a violência obstétrica como violência de gênero e, portanto, passam a enquadrar os casos concretos como mero erro médico, convém ressaltar importante jurisprudência relacionada que exemplifica a necessidade de alteração na abordagem dos julgadores frente às demandas judiciais específicas a essa forma de violência.

O julgamento da Apelação Cível nº 0801532-69.2016.8.12.0045 trouxe brilhante exemplificação do tratamento necessário às demandas relacionadas à violência obstétrica, cuja relatoria foi da Desembargadora Jaceguara Dantas da Silva. O caso trata do requerimento de indenização pela parturiente, primeira vítima, e o nascituro, segunda vítima, em razão de ocorrência de violência obstétrica durante o parto que gerou sequelas graves em ambos, como a paralisia cerebral do menor em razão do uso de fórceps para forçar a expulsão no momento do parto normal. Além disso, durante o parto houve o emprego de técnicas há muito expressamente não recomendadas pela OMS como a manobra de Kristeller, desrespeito

⁴⁶ STJ. RECURSO ESPECIAL: REsp 1.675.874 - MS (2017/0140304-3). Relator: Ministro Rogerio Schietti Cruz. DJe: 08/03/2018. STJ, 2018. Disponível em: <
<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=VIOLENCIA+CONTRA+MULHER+DANO+MORAL&repetitivos=REPETITIVOS&b=ACOR&p=true&l=10>

à Lei do Acompanhante, sucessivos exames de toque e lesões em decorrência da realização de episiotomia na parturiente.

Nesse sentido, o juízo de primeiro grau afastou a condenação da equipe médica e, conseqüentemente, do hospital em relação ao pagamento de indenização por danos morais, materiais e estéticos decorrentes do ato ilícito. Isso porque o juízo de origem considerou que não havia elementos suficientes para comprovação do erro médico como causador das lesões cerebrais da segunda vítima, o nascituro, uma vez que a perícia técnica realizada não identificou qualquer conduta passível de culminar nos danos físicos da criança pela utilização do fórceps e extrator à vácuo e atestou que tais métodos não oferecem, necessariamente, risco à saúde.

Com isso, como é abordagem costumeira dos Tribunais, o juízo de primeiro grau entendeu que não existiam provas da conduta lesiva dos Requeridos, logo, inexistente o nexos de causalidade entre a conduta e os danos sofridos pelas vítimas, a ação foi julgada improcedente.

Quando do julgamento do recurso de apelação interposto pela Requerente, a Relatora expõe que a paciente foi instruída desde o início de seu pré-natal que o parto se daria por meio de cesariana em razão de sua condição de saúde. Ao constatar sangramentos por volta da 36ª semana de gestação, a Requerente se encaminhou à Santa Casa de Campo Grande e foi medicada de modo a retardar o trabalho de parto e, posteriormente, iniciou-se o processo de indução do parto uma vez que o médico responsável insistiu para que, a despeito do convencionado anteriormente e não recomendado mediante a condição física da parturiente, fosse realizado de forma natural.

Em flagrante desrespeito à parturiente, a Relatora destaca que um componente da equipe de assistência proferiu a seguinte frase, característica da violência obstétrica: “*ME DEIXARAM COM ESSE BOLO ASSANDO!!! Quem é o responsável pela paciente??!*”. Não bastasse o constrangimento sofrido pela vítima mediante o odioso comentário, o mesmo médico passou a ministrar a manobra de Kristeller, técnica não recomendada pela OMS, que causou tamanha dor na paciente ao ponto de desmaiá-la.

Após todo esse trauma, o médico realizou, ainda, a episiotomia na parturiente. Após todo o trabalho de parto, a criança apresentou parada cardiorrespiratória e foi necessária a sua reanimação, resultando em paralisia cerebral motivadas pelas intercorrências durante o parto.

Convém observar o Acórdão do julgamento da Apelação Cível nº 0801532-69.2016.8.12.0045, cuja ementa se transcreve:

“(…)

De acordo com as provas dos autos, não há elementos que comprovem os supostos erros médicos que teriam causado as lesões incapacitantes do Requerente, pois a

perícia médica, elaborada sob o crivo do contraditório, não apurou nenhuma conduta que tenha sido a razão dos danos físicos causados à criança.

A causa de pedir está lastreada em eventuais fatos ocorrido na 36ª semana de gravidez, na data do nascimento do Requerente. Com relação ao uso do fórceps e extrator a vácuo, segundo a prova pericial e os depoimentos de especialistas, constituem métodos assistenciais que não necessariamente causam lesão física ou neurológica em recém-nascido.

A par das doenças preexistentes da Requerente (genitora), que podem ter contribuído para a deficiência apresentada pela criança, não há provas da conduta dos Requeridos, tampouco do nexo de causalidade entre a ação/omissão destes e os prejuízos descritos à inicial.

Contudo, as provas denotam que houve atos de violência obstétrica, cujo conceito, embora próximo, não se confunde com erro médico (stricto sensu). A violência obstétrica está relacionada a procedimentos e condutas adotadas pela equipe médica durante o período gestacional da mulher que impliquem violação à integridade física e psicológica da parturiente, atingindo inclusive aspectos não aferidos diretamente em sua fisionomia.

Conforme doutrina especializada e orientações emanadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, **a violência obstétrica consiste no desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas.**

Segundo se extraiu dos autos, **o médico que realizou todo pré-natal da Requerente agiu de forma omissiva, quebrando o elo de confiança estabelecida entre paciente/familiares e médico**, na medida em que, embora tenha se comprometido, não compareceu à sala de parto para assumir os trabalhos.

O médico plantonista, por sua vez, **admitiu a realização de manobras que causaram dores desproporcionais à paciente, sem que houvesse justificativa plausível para tanto, como a manobra de Klisteller, que há tempo não é mais recomendada pelas Autoridades Pública na área da saúde.** Além de não considerar a vontade da paciente e sua autonomia quanto à modalidade do parto, ficou **a mesma desassistida de companhia durante o período expulsivo, justamente no momento de maior tensão durante o parto.**

Presentes os pressupostos legais, deve ser reconhecido direito da Requerente à indenização por danos morais, afastando-se, entretanto, a imputação feita em relação aos profissionais que não tiveram a culpa demonstrada (pediatra, médica residente e médica que admitiu a paciente no hospital). Recurso conhecido e parcialmente provido, contra o parecer.” (TJMS. Apelação Cível nº 0801532-69.2016.8.12.0045. Relatora Des. Jaceguara Dantas da Silva. TJMS, 2023)

O teor do acórdão exemplifica a razão pela qual muito embora situações de violência no âmbito da parturição relatadas pelas mulheres não se configurem como erro médico, ainda assim são passíveis de indenização considerando que, ainda que exista a possibilidade de concomitância entre as duas formas de configuração de ilícito, a primeira não se confunde com a violência obstétrica. É como expõe a Desembargadora no acórdão em questão:

“ (...) a denominada violência obstétrica foi analisada sob a ótica do erro médico e, uma vez afastada a imperícia na condução dos trabalhos, restou igualmente rejeitada a pretensão indenizatória. Tratam-se, entretanto, de conceitos e atos (violência obstétrica e erro médico) que, embora próximos, não se confundem.

Isso porque a violência obstétrica está relacionada a procedimentos e condutas adotadas pela equipe médica durante o período gestacional da mulher que impliquem violação à integridade física e psicológica da parturiente, atingindo inclusive aspectos não aferidos diretamente em sua fisionomia.

Revela-se, portanto, uma ofensa de difícil mensuração, pois atinge aspectos mais recônditos do ser, a causar lesão além da fisiológica – percebida pelos sentidos naturais –, visto se desdobrar em medo, ansiedade e traumas decorrentes de um momento que, a princípio, deveria trazer alegria e não desesperança e sofrimento.

(...)

Diante desse cenário, resta evidente que a violência obstétrica abrange outros aspectos do atendimento à mulher gestante, parturiente e em puerpério, em especial quando as recomendações à humanização na intervenção médica são desrespeitadas, como ocorreu na espécie”

A decisão acima transcrita, muito bem fundamentada e pautada no entendimento internacional de concepção da violência obstétrica como forma de violência de gênero, além de demonstrar o cenário de insegurança jurídica gerado pelo desconhecimento dos magistrados acerca do tema, traduz ainda a necessidade de legislação específica relacionada a violência obstétrica, de modo que as vítimas possam obter a efetiva reparação dos danos sofridos.

4.3. RESPONSABILIDADE PENAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Conforme anteriormente tratado, a falta de legislação específica que trate da violência obstétrica não impede que a vítima busque contrapartida judicial frente ao ilícito sofrido. Nesse sentido, muito embora não exista tipificação específica para tal forma de violência, os dispositivos gerais existentes no Código Penal podem ser utilizados ao caso concreto, de modo que a vítima obtenha amparo não somente no âmbito civil mas também no âmbito penal.

Em relação à responsabilização na esfera penal, a violência obstétrica pode ser enquadrada, a depender do caso concreto, no disposto pelo art. 129 do Código Penal que trata da lesão corporal. Nesse contexto, a partir da análise dos julgados relacionados à violência obstétrica, observa-se que a lesão corporal é configurada mediante inúmeros procedimentos invasivos que terminam por causar grave ofensa à integridade corporal e à saúde da vítima. Assim, as práticas executadas pelo corpo médico como a episiotomia, suturas mal executadas e outros procedimentos danosos à integridade física da parturiente costumam gerar limitações relacionadas à saúde íntima, sendo assim, é passível de enquadramento na esfera penal o profissional de saúde que comete tal crime.

Ainda relacionado ao crime de lesão corporal, destaca-se que o art. 129 prevê, ainda, a configuração de lesão corporal grave nos casos em que a lesão corporal resulta em aceleração de parto, perigo de vida, ou debilidade de membro, sentido ou função, casos em que a pena é

de reclusão de um a cinco anos, bem como a perda ou inutilização de um membro e aborto, a pena é de reclusão de dois a oito anos. É ver:

Lesão corporal

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º Se resulta:

I - Incapacidade permanente para o trabalho;

II - enfermidade incurável;

III perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Além disso, o art. 121 do Código Penal dispõe acerca do homicídio simples, cujo enquadramento em relação a violência obstétrica se dá nos casos em que o dolo eventual é caracterizado pela ocorrência de negligência ou imprudência no manejo das práticas relativas ao parto que culminam em óbito da parturiente, seja no momento do parto, seja em razão de complicações posteriores. Nesses casos, a pena é de reclusão de 6 a 20 anos.

O constrangimento ilegal, na forma do art. 146 do Código Penal, é relacionado ao ato de constranger, mediante violência ou grave ameaça, a vítima que teve reduzida sua capacidade de resistência. Um ponto de destaque relacionado ao que prevê o mencionado dispositivo, é o que consta no §3º, I ao esclarecer que a intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente é permitido apenas em casos de iminente perigo de vida, ou seja, configura efetiva violência para fins penais o médico que coage a parturiente para realização de procedimentos desnecessários e invasivos ou utiliza técnicas sem o seu consentimento prévio. Para o agente que comete tal crime, a pena é de três meses a um ano de detenção, ou multa.

Constrangimento ilegal

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

(...)

§ 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

É possível, ainda, que a vítima utilize o art. 136 do Código Penal que possui a previsão de que aquele que expõe põe em risco a vida ou saúde de outra pessoa que está sob sua autoridade, guarda ou vigilância, sem que haja a necessária prestação de alimentos e cuidados indispensáveis, pode receber a pena de dois meses a um ano ou multa. No entanto, caso o ato gere lesão corporal grave, a pena é de reclusão de um a quatro anos e, em caso de óbito, reclusão de quatro a doze anos. Mediante aos relatos das parturientes e dos relatórios confeccionados pela Fiocruz, é possível observar que a privação de alimentos, não fornecimento de água e analgesia, bem como a negligência no cuidado do pré e pós parto são reclamações recorrentes das mulheres, com isso, o agente responsável pela assistência do parto que promove tais condutas, pode ser enquadrado no crime de maus-tratos.

Maus-tratos

Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º - Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

Ressalta-se, ainda, que é incomum que haja condenação na esfera penal para os profissionais da saúde que cometem crimes relacionados ao âmbito obstétrico, em geral, a contrapartida jurídica dispensada sobre as vítimas de violência obstétrica se restringe ao âmbito civil, com a condenação ao pagamento de indenização.

Nesse sentido, destaca-se julgado da Apelação Crime nº 70053392767:

“APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO). PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO

DESPROVIDA. (Apelação Crime Nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013)” (TJ-RS - ACR: 70053392767 RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Data de Julgamento: 14/11/2013, Segunda Câmara Criminal, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 28/11/2013).”

No presente caso, a paciente foi levada a óbito em razão do procedimento de episiotomia mal realizada, onde o médico deixou de realizar os procedimentos pós-operatórios de modo que houve a inobservância das sequelas causadas pela lesão do períneo. Com isso, a paciente teve laceração da parede vaginal, de modo que houve comunicação com as fezes, o que resultou em infecção generalizada e morte da paciente.

Destaca-se que, apesar de considerar como correta a aplicação ao caso do art. 121 do Código Penal sobre o homicídio simples, a condenação foi substituída por duas penas restritivas de direito com a prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária. Ambas as medidas se demonstram insuficientes frente ao crime cometido. A negligência na prestação do serviço médico culminou na morte da paciente e, ainda assim, o julgador entendeu que a pena de dois detenção cominada no juízo de primeiro grau era desproporcional ao caso.

Tal questão não é observada unicamente no julgado em comento e explicita, novamente, a necessidade de legislação específica que trate a violência obstétrica como um tipo penal específico da violência de gênero.

4.4. PROJETOS DE LEI SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM TRAMITAÇÃO

Por fim, mediante todos os esforços das organizações em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o legislativo desenvolveu alguns projetos de lei relacionados à violência obstétrica que ainda encontram-se em tramitação.

Em que pese a alta incidência de casos relacionados à violência obstétrica no Brasil, conforme demonstrado no presente trabalho, os dispositivos legais relacionados a essa forma de violência são insuficientes para abarcar a complexidade dos casos. Em relação a países como o Chile e a Venezuela que possuem disposição legal específica, o Brasil se demonstra silente em relação ao efetivo resguardo dos direitos humanos das mulheres ao passo que deixa de dar o efetivo cumprimento aos tratados ao qual é signatário, como a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), que assim dispõe:

Artigo 12 -1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.

2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, **os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas 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.”.

Convém destacar, dessa forma, os projetos de lei envolvendo a violência obstétrica no Congresso Nacional:

O Projeto de Lei nº 422/23, cuja a autora é a deputada Laura Carneiro, busca incluir a violência obstétrica na Lei Maria da Penha nº 11.340/2006, de modo a obrigar que a União, Estados e Municípios promovam medidas contra a violência obstétrica, bem como a sua prevenção. O projeto possui relevância uma vez que a Lei Maria da Penha é uma das referências no combate a violência contra a mulher e resguardo aos direitos humanos das mulheres, o sucesso nas denúncias relacionadas à lei se dá em razão de todo trabalho de conscientização acerca da temática de violência doméstica promovido pelo poder público na sociedade civil, em decorrência de sua publicação. Ainda que fosse importante a criação de lei específica em relação a violência obstétrica, para fins de publicização e conscientização das mulheres acerca de seus direitos no âmbito da parturição, a vinculação de dispositivo relacionado à essa forma de violência a uma lei tão importante e de suma relevância na sociedade deve ser levada em consideração, fato é que os efeitos seriam muito positivos sob o ponto de vista prático.

Tramitam, ainda, outros projetos de lei no Congresso Nacional relacionados à violência obstétrica como o PL nº 7867/17 de autoria da deputada Jô Moraes e o PL nº 8219/17 de autoria do deputado Francisco Floriano, atualmente apensados ao PL nº 6567/2013, que busca obrigar os hospitais do Sistema Único de Saúde, bem como os hospitais conveniados a promoverem a disponibilização de partos humanizados com baixa intervenção médica, onde a mulher possui maior autonomia em relação aos procedimentos manejados no parto. Existe, ainda, o PL nº 7633/2014, de autoria do deputado Jean Willys, também apensado ao PL nº 6567/2013.

Em geral, todos possuem a finalidade de promover a assistência humanizada durante a gestação, parto e pré-parto, bem como em situações de abortamento e no puerpério, elaboração de plano individual de parto e assegurar os direitos de escolha da parturiente em relação a forma de parto.

Em relação ao PL nº 7633/2014 destaca-se, ainda, que estabeleceu especificamente as hipóteses de caracterização da violência obstétrica em seus artigos 13 e 14, o que se demonstra a título de exemplificação dos demais projetos de lei, que possuem a mesma temática.

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do

tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Em suma, ainda que estejam em tramitação, necessário observar que os projetos são antigos e, muito embora extremamente relevante a questão acerca da violência obstétrica e a urgência em ser criado no ordenamento jurídico mecanismo que efetivamente trate da temática de forma específica, nenhum deles foi objeto de votação.

É alarmante que diversos projetos de lei relacionados a uma das formas mais recorrentes de violência de gênero estão com a tramitação parada no Congresso Nacional, ao passo que um projeto de lei cuja finalidade é a redução de direitos adquiridos em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ao abortamento seguro e legal, recebeu tratamento de urgência. O Projeto de Lei em questão é o de nº 1.904/2024 e busca alterar o Código Penal, de forma a equiparar o abortamento legal ao crime de homicídio simples, flagrante retrocesso para as mulheres e passou a frente de tantos outros cuja finalidade era o efetivo resguardo dos direitos humanos das mulheres, jamais sancionados.

Em contrapartida à esfera federal, alguns Municípios possuem legislação específica relacionada à violência obstétrica, alguns deles são: Amazonas (Lei nº 4.848/19), Minas Gerais (Lei nº 23.175/18), Pernambuco (Lei nº 16.499/18), Santa Catarina (Lei nº 17.097/17), Tocantins (Lei nº 3.385/18), Paraná (Lei nº 20.127/20) e Rio de Janeiro (Lei nº 7687/2022), dentre outros.

Nesse panorama, ainda que existam dispositivos municipais, fato é que apenas drástica mudança nos mecanismos jurídicos de proteção e promoção dos direitos humanos das mulheres, especificamente de modo a dar cumprimento aos tratados internacionais ratificados pelo Brasil, como o sancionamento de lei federal que trate do tema de forma efetiva, a fim de mitigar as práticas violentas com a devida punição dos responsáveis.

5. CONCLUSÃO

Por meio do presente trabalho, buscou-se observar a violência obstétrica como violência de gênero, ao passo que impede que a mulher goze da plenitude de seus direitos fundamentais e atinge a vítima na esfera física, emocional e psíquica. A falta de debates acerca da temática na sociedade promove o desconhecimento das parturientes de seus direitos no âmbito hospitalar, de modo que restam por internalizar as condutas violentas que, por sua vez, são normalizadas no contexto social.

É evidente que tal forma de violência deve ser combatida com a mesma veemência que qualquer outra modalidade de violência contra a mulher, considerando que trata de ato lesivo cometido contra a mulher em situação de vulnerabilidade extrema, em um momento que deveria ser muito celebrado e tratado com respeito pela equipe de assistência médica.

Não obstante, existem profissionais que efetivamente se preocupam com o bem estar e as boas práticas no âmbito da parturição, com a promoção de um ambiente humanizado e intervenção mínima, sobretudo colocando a parturiente como e o seu direito de escolha como pilares centrais do parto.

Ainda, demonstrou-se ainda a dificuldade na judicialização das demandas relacionadas à violência obstétrica, bem como a obtenção de reparação judicial em razão da lacuna no ordenamento jurídico de dispositivo específico que trate da temática. Disso decorre que erro médico e violência obstétrica não se confundem, ainda que possam ocorrer concomitantemente. A complexidade dos casos envolvendo a violência obstétrica não permite que os dispositivos gerais de responsabilidade civil possibilitem a efetiva reparação do ato lesivo sofrido pela mulher, uma vez que os Tribunais exigem grande esforço probatório de modo a comprovar o nexo de causalidade entre o dano e o ato do profissional de saúde. Com isso, muitas vítimas ficam desassistidas sem que exista qualquer contrapartida judicial frente ao dano suportado em razão da violência obstétrica.

Ademais, observou-se que a condenação na esfera penal do profissional de saúde que comete ilícito contra a vítima, nos moldes dos dispositivos gerais, é quase sempre descartada e a pena flexibilizada como restritiva de direitos, ainda que o crime seja de homicídio simples, como no caso retratado no capítulo 4.3.

Com isso, se faz necessário que o ordenamento jurídico brasileiro promova mudança significativa nos mecanismos de proteção ao direito das mulheres, uma vez que o mero acesso à justiça tem se mostrado insuficiente para a efetivação dos direitos fundamentais e a promoção da cidadania das mulheres.

Sendo assim, a criação de legislação específica que trate da violência obstétrica é de suma importância, de modo que estabeleça critérios para sua configuração, bem como comine pena para os crimes relacionados a essa forma de violência, além da instrução dos julgadores a respeito da temática permitindo, ainda, o fomento ao debate acerca da problemática e a

disseminação das informações acerca dos direitos das parturientes. É preciso também que exista o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à essa temática para que as mulheres se empoderem a respeito de seus direitos e possam se sentir seguras no âmbito da parturição, em ambiente humanizado e seguro.

BIBLIOGRAFIA:

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**. 17 ed. São Paulo: Saraiva. 2001.

CUNHA, Eliana. **Violência no parto em Minas Gerais. Denúncia à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa**. Belo Horizonte, 2012.

WOLFF, Leila Regina. WALDOW, Vera Regina. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto**. Saúde Soc. São Paulo. v. 17, n.3, p. 138-151, 2008.

Barata RB. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. pp. 73-94.

LUZ, Ana Beatriz Vieira da. **A responsabilidade civil do Estado nos hospitais públicos. O ato médico: aspectos éticos e legais**. Rio de Janeiro: Rubio, 2002.

BESSA, Lucineide Frota; FERREIRA, Sílvia Lúcia. **Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural**. Salvador: GRAFUFBA, 1999.
BITTENCOURT, Cezar Roberto. Manual de Direito Penal: parte especial. Vol. 2. São Paulo: Saraiva, 2001.

GALLOTTE, Michelle da Silva. **Violência obstétrica, normas de proteção à parturiente e eficácia no direito brasileiro**. 2017. 92 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Diniz CSG. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10 (3): 627-637.

Zanardo GL et al. **Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa**. Psicol. Soc. 2017, vol.29, e155043. p. 1-11.

GUEDES. Leticia Campos; RIZÉRIO. Amanda; COUTO. Nathália Machado; CRUZ. Raísa, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA. **A Dor além do Parto**. Documentário. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>. Acesso em: 08 out. 2023.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-horade-fazer-nao-gritou/>. Acesso em 08 out. 2023.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 2. ed. São Paulo: Malheiros.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO/SESC. **Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados**. São Paulo, 2010. Disponível em:

https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesqui_sainteagra.pdf. Acesso em 08 out. 2023.

DO CARMO LEAL, M. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Rio de Janeiro, 2014 Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWfgGd#>> Acesso em 08. out. 2023.

D’GREGORIO, Rogelio Pérez. **Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynecology and Obstetrics**. Caracas, Venezuela.

P.201-202. 2010. Disponível em:

https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf Acesso em: 08 out. 2023.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2018, p. 183

MARQUES SB. **A garantia do direito sanitário sob a perspectiva de gênero: desafios e enfrentamentos perante o sistema único de saúde para a garantia do direito à saúde das mulheres**. In: Santos AO, Lopes LT. (Org.). **Direito à Saúde**. Volume 1. Institucionalização. Brasília: CONASS. 2018; v.1, p. 221-234.

Scott J. **Gender and the Politics of History**. New York: Columbia University Press; 1988.

Responsabilidade do hospital quanto à atuação técnico-profissional do médico.

Disponível em:

<<https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/cdc-na-visao-do-tjdft-1/responsabilidade-civil-no-cdc/responsabilidade-do-hospital-quanto-a-atuacao-tecnico-profissional-do-medico>>. Acesso em: 27 jun. 2024.

Progianti JM. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar** -Rio de Janeiro- 1934/1951. [tese de doutorado] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 2001.

CARVALHO, G. et al. **A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto: uma revisão integrativa**. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 7, n. 3, p. 870–878, 2013.

Osava, RH. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico** [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/ USP; 1997.

LYRA, Afrânio. **Responsabilidade civil**. Bahia, 1977.

SILVA, Caio Mário Pereira da. **Responsabilidade Civil**. 8ª ed., Rio de Janeiro: Forense, 1998.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp. 81.101**(1995/0063170-9 – 32/05/1999), Relator Ministro Waldemar Zveiter.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Senado Federal, Brasília, 2012

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 1931**, de 17 de setembro de 2009. Conselho Federal de Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

LEITE, Júlia Campos. **Reparação judicial para mulheres vítimas de violência obstétrica**. 2019. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

LARA, Bruna. **Médicos cortam e costuram vaginas no parto e estragam a vida sexual das mulheres – uma mutilação genital, segundo especialista**. The Intercept Brasil, 10 de setembro de 2018. Disponível em: <
<https://theintercept.com/2018/09/10/pontodomarido/?fbclid=IwAR2eQDsFI-KcwVVINVD7IRX9260nICagGNbpVJZq6yvx3IfXHYNPTsf4MY>>. Acesso em: 03 de julho de 2024.