

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

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, NORMAS DE PROTEÇÃO À
PARTURIENTE E EFICÁCIA NO DIREITO BRASILEIRO.**

MICHELLE DA SILVA GALLOTTE

RIO DE JANEIRO – RJ

2017

MICHELLE DA SILVA GALLOTTE

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, NORMAS DE PROTEÇÃO À
PARTURIENTE E EFICÁCIA NO DIREITO BRASILEIRO.**

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. Ana Lucia Sabadell.

RIO DE JANEIRO – RJ

2017

CIP - Catalogação na Publicação

G172v Gallotte, Michelle da Silva
Violência Obstétrica, normas de proteção à
parturiente e eficácia no direito brasileiro /
Michelle da Silva Gallotte. -- Rio de Janeiro,
2017.
90 f.

Orientadora: Ana Lucia Sabadell.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
de Direito, Bacharel em Direito, 2017.

1. Violência obstétrica. 2. Normas de proteção.
3. Eficácia das normas. 4. Responsabilidade médica.
I. Sabadell, Ana Lucia, orient. II. Título.

MICHELLE DA SILVA GALLOTTE

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, NORMAS DE PROTEÇÃO À
PARTURIENTE E EFICÁCIA NO DIREITO BRASILEIRO.**

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. Ana Lúcia Sabadell.

Data da Aprovação: ___/___/___.

Banca Examinadora:

Orientador

Membro da Banca

Membro da Banca

RIO DE JANEIRO
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e minha irmã por todo o apoio que me deram, não só para realizar esse trabalho, mas durante todo o período em que estive na faculdade.

RESUMO

A presente monografia faz um estudo sobre a violência obstétrica, buscando expor as violências enfrentadas pelas mulheres no pré-parto, parto e pós-parto imediato e a gravidade das violações cometidas pelos profissionais de saúde, delimitando esses tratamentos entre violências de caráter psicológico, físico e sexual, e encarando como uma forma de violência de gênero. Assim como busca apresentar as leis brasileiras que tratam especificamente dessa forma de violência e as normas usadas nos casos em que não existe uma proteção específica, analisando a eficácia de ambas e as dificuldades enfrentadas pelas mulheres na tentativa de se proteger das agressões sofridas ou de obter uma reparação judicial dos danos.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direitos. Parto. Proteção. Eficácia.

ABSTRACT

This thesis presents a study on obstetric violence, aiming to expose the violence faced by women in the prepartum, childbirth and postpartum periods and the severity of the violations committed by health professionals, delimiting these treatments between psychological, physical and sexual violence, and facing it as a gender issue. As well as seeking to present Brazilian laws that deal specifically with this form of violence and the norms used in cases where there is no specific protection, analyzing the effectiveness of both and the difficulties faced by women in trying to protect themselves from the aggressions suffered or to achieve compensation of the damages.

Keywords: Obstetric Violence. Rights. Childbirth. Protection. Efficiency.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	11
1.1. Apresentação e conceito.....	11
1.2. Práticas violentas.....	15
1.2.1. Violência de caráter psicológico.....	17
1.2.2 Violência de caráter físico.....	22
1.2.2.1 Episiotomia.....	23
1.2.2.2 Intervenções com finalidades didáticas.....	28
1.2.2.3. Intervenções de aceleração do parto.....	29
1.2.2.4. Manobra de Kristeller.....	31
1.2.2.5. Restrição da posição para o parto.....	32
1.2.2.6. Cesariana por dissuasão ou coação da mulher ou por conveniência do médico obstetra.....	33
1.2.2.7. Falta de atendimento digno.....	35
1.2.3. Violência de caráter sexual.....	39
CAPÍTULO 2 NORMAS DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	41
2.1. Projetos de lei.....	41
2.2. Normas de proteção existente.....	50
2.2.1. Lei do acompanhante (Lei nº 11.108/2005).....	50
2.2.2. Lei nº 11.634/2007.....	53
2.2.3. Lei nº 13.257/2016.....	53
2.2.4. Lei nº 13.434/2017.....	55
2.2.5. Resolução CFM nº 2.144/2016.....	55
2.3. Eficácia das normas.....	57
CAPÍTULO 3 DEMAIS NORMAS DISPONÍVEIS EM CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	64
3.1. Responsabilidade Penal.....	64
3.2. Responsabilidade Ética.....	69
3.3. Responsabilidade Civil.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85

INTRODUÇÃO.

O parto é um momento único e deveria ser uma experiência gratificante para a mulher, pois é a partir dele que ela terá o primeiro contato com seu filho. No entanto, para parte considerável das mulheres brasileiras, o parto pode se tornar um evento traumático.

No Brasil, uma a cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência durante o parto¹, essas violências podem ser por meio de comportamento ou falas agressivas ou por procedimentos dolorosos, danosos, desnecessários, não autorizados, sem qualquer consideração aos direitos e à integridade física e psicológica da parturiente.

A situação se agrava pelo contexto em que a violência é praticada, já que a mulher está sob os cuidados de seus agressores, em situação fragilizada, além de estar em um ambiente desconhecido, necessitando do atendimento, sem ter condições de reagir ou se proteger das agressões sofridas.

Essas agressões por vezes sequer são encaradas dessa forma pelas parturientes que, por mais que se sintam agredidas, acreditam que esse tipo de tratamento é comum durante o parto, ou acreditam que as práticas danosas e dolorosas que sofreram são inerentes ao trabalho de parto, como um procedimento naturalmente penoso.

Tais características contribuem para a invisibilidade da violência obstétrica, que passou a ser discutida apenas em tempos recentes, e gera uma cifra obscura, além de dificultar a ocorrência de medidas cabíveis para combatê-la.

Diante das ofensas físicas e psicológicas sofridas por mulheres no pré-parto, parto e pós-parto imediato, a presente monografia pretende demonstrar a gravidade das condutas praticadas, das lesões aos direitos dessas mulheres, assim como analisar quais são as leis de

¹ Fundação Perseu Abramo/SESC. *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. São Paulo, 2010.

proteção existentes para esse tipo específico de violência e quais leis podem ser adotadas na falta de regulamentação específica.

Desse modo, será possível avaliar quais as brechas legislativas, as dificuldades enfrentadas e verificar a necessidade de atenção especial a essas violações a direitos básicos das mulheres.

CAPÍTULO 1 - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

1.1 – Apresentação e conceito.

O termo “violência obstétrica” foi cunhado pelo Dr. Rogélio Pérez D’GREGORIO, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, em editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, em 2010². A definição de violência obstétrica criada por ele foi a mesma utilizada pelas leis Venezuelana³ e Argentina⁴, ao tipificá-la.

Por tal definição violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres⁵.

Conforme a Fundação Perseu Abramo em pesquisa realizada em parceria com o SESC, Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado⁶, o conceito internacional de violência obstétrica é:

“(…) qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu a luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou desrespeito à sua autonomia,

² 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: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

³VENEZUELA. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, art. 15, 13. e art. 51 Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>> Acesso em: 18 out. 2017.

⁴ ARGENTINA. Ley 26.485. *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar La violencia contra las mujeres em los ámbitos em que desarrollen SUS relaciones interpersonales*, artículo 6º, e. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf> Acesso em 18 out. 2017.

⁵ VENEZUELA. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, art. 15, 13

⁶ Fundação Perseu Abramo/SESC. *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. São Paulo, 2010.

integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC, 2010).⁷”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência obstétrica e em 2014 publicou declaração alertando sobre os abusos e maus tratos sofridos por mulheres durante o parto nas instituições de saúde, convocando maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização para o tema, que define como de saúde pública e direitos humanos⁸:

“(…) um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto em instituições de saúde. (...) 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.”⁹ (OMS, 2014).

No momento do parto a mulher se encontra em relação hierárquica médico-paciente, e, enquanto paciente, por estar em posição mais frágil e leiga, acaba se sujeitando a procedimentos invasivos e desrespeitosos.

As violações de direitos são observadas na forma verbal, física, psicológica e sexual. As mais comuns são agressões verbais, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação à mulher, falta de analgesia, subestimação e banalização da dor e negligência por parte dos profissionais de saúde, que por vezes se recusam a atender ou auxiliar as gestantes.¹⁰

⁷ Idem.

⁸ Organização Mundial de Saúde. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*, 2014.

⁹ Idem.

¹⁰ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Violência no parto: Na hora de fazer não gritou*. Fundação Perseu Abramo. 25 mar. 2013. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em 19 out. 2017.

As agressões sofridas têm por base a discriminação de gênero, em parte como forma de repressão e punição à sexualidade feminina, o que pode ser observado ao analisar frases de cunho machista frequentemente empregadas contra parturientes no ambiente hospitalar por médicos e enfermeiros:

“Durante um exame de toque, eu pedi para parar, pois estava sentindo muita dor. O médico disse: ‘na hora de fazer tava gostoso, né?’. Nessa hora me senti abusada. F. atendida na rede pública em São Paulo” (DEPOIMENTO DE UMA PACIENTE) (DOSSIÊ, REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012.)¹¹.

Além disso, a discriminação de gênero se encontra na ideia do corpo feminino como “normalmente patológico”¹², que necessita de constante intervenção durante o parto em detrimento de um parto que respeite os processos fisiológicos da mulher, com seu acompanhamento e assistência.

Ocorre, portanto, a violação física, sexual e psicológica da mulher, negando a ela seus direitos, principalmente os direitos sexuais e reprodutivos. Desse modo, a violência institucional na atenção obstétrica se enquadra na configuração de violência contra a mulher, vide a definição:

Qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, 1994).¹³.

Apesar de se tratar de uma violência antiga, não apenas a terminologia é nova, mas também o foco que o tema vem recebendo. Isso se reflete no âmbito jurídico, poucas são as

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.2. 2012.

¹² DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em 19 out. 2017.

¹³ Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, 1994.

leis que tratam da violência obstétrica e o tema não é abordado por vasta gama de doutrinadores.

Há, porém, um crescente número de pesquisas e artigos recentes sobre o assunto, como exemplo o dossiê “Violência Obstétrica: ‘Parirás com Dor’”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres¹⁴ e os artigos utilizados na presente monografia, os quais são voltados especialmente para análise das condutas violentas praticadas no meio obstétrico.

No Brasil, a pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado¹⁵, em 2010, alertou para o problema nas maternidades do país, uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto.

É comum a tentativa de justificar essas práticas sob alegação de precariedade no sistema de saúde e falta de investimento no setor (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013)¹⁶. Contudo as condições de trabalho não podem ser consideradas legitimadoras dessas condutas.

Cabe destacar que a falta de conhecimento desse tipo específico de violência por parte da população acarreta em uma cifra obscura, já que muitas acabam não reconhecendo o que sofreram como violência, acreditando ser apenas a praxe dos hospitais ou que determinados procedimentos eram necessários, ainda que lhes causassem desconforto ou danos.

¹⁴ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.

¹⁵ Fundação Perseu Abramo/SESC. *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. São Paulo, 2010.

¹⁶ AGUIAR, Janaina Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>> Acesso em 17 out. 2017.

1.2. – Práticas violentas.

Segundo a OMS, estudos qualitativos e quantitativos permitem detectar a magnitude do problema:

“Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.” (OMS, 2014) ¹⁷.

São diversas as práticas de violência no âmbito da obstetrícia, que ferem a integridade física e psicológica das parturientes, causando dor ou dano, assim como ferem sua dignidade. Podem ser de caráter comissivo ou omissivo (negativa de atendimento ou de fornecimento de analgesia), de forma explícita ou velada. Devem ser consideradas também no computo de violência as intervenções desnecessárias, muitas vezes praticadas de forma rotineira nos hospitais.

“É uma penalização da mulher colocá-la na pior sala do hospital, sem janela, com outras mulheres em trabalho de parto, sozinha, deitada numa cama, muitas vezes com soro, sem se alimentar, sentindo dor e ali ela vai ter que passar as dez, doze horas de trabalho de parto até ir pra uma outra sala ainda, que é quase pior, porque é sem nenhuma privacidade, muitas vezes na posição ginecológica virada pra uma porta que é aberta, com profissionais que ela não conhece, né, que estão ali a tocando (...)” (Dra. Esther Vilela, Médica e Coordenadora de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde).¹⁸.

¹⁷ Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, 2014.

¹⁸ A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 26 out. 2017

Os traumas causados durante o parto, por conta inclusive do momento de fragilidade em que a mulher se encontra, podem causar consequências como depressão pós-parto e, dependendo do grau de violência, pode chegar a uma síndrome de estresse pós-traumático.¹⁹

“É um momento potencialmente crítico (...) se ela nunca teve um problema mental ela tem 25% a mais de chance de ter nessa fase da vida, então ela está especialmente sensível e ela deveria receber uma atenção especial.” (Dra. Alessandra Arais, psicóloga especialista em obstetrícia)²⁰.

Em alguns casos é necessário acompanhamento e utilização de medicação psiquiátrica, antidepressivo, porém dificilmente as mulheres buscam ajuda. A depressão pós-parto é subdiagnosticada e as mulheres sofrem sozinhas, por não ter coragem de assumir que estão se sentindo “tristes” em um momento considerado feliz para elas, que é a maternidade.²¹

A divisão das formas dessa violência varia de acordo com os autores, D’OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER classificam em violência verbal, física, sexual e acrescenta a negligência²², enquanto o Dossiê da Rede Parto do Princípio classifica em física, sexual, psicológica (na qual inclui a violência verbal e comportamentos agressivos), dilui as condutas negligentes entre as três categorias apresentadas e inclui as violências de caráter institucional, material e midiático²³.

Para os fins da presente monografia, analisaremos três formas de violência obstétrica, a saber: as violências de caráter psicológico, caráter físico e caráter sexual.

¹⁹A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 26 out. 2017

²⁰ Idem.

²¹ Idem.

²² D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*. 2002. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/c231/2f9c85b50cda7777dacede68b06b41fad965.pdf>> . Acesso em: 14 out. 2017.

²³ 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.60-61. 2012.

1.2.1 – Violência de caráter psicológico.

Esse tipo de violência se caracteriza por:

“Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.” (DOSSIÊ, REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).²⁴.

Trata-se de uma conduta infelizmente corriqueira, conforme pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo com o SESC, 23% das mulheres que tiveram filhos de parto natural ouviram algum despropósito durante o parto²⁵.

Dentre as frases mais comuns, citadas na pesquisa, são destacadas: “Não chora não que ano que vem você está aqui de novo” (15%), “Na hora de fazer não chorou/chamou a mamãe, porque está chorando agora?” (14%), “Se gritar eu paro agora o que estou fazendo, não vou te atender” (6%), “Se gritar vai fazer mal ‘pro’ seu neném, seu neném vai nascer surdo” (5%).²⁶ Trata-se de práticas sexistas que atingem a mulher em um momento de extrema fragilidade e que afetam a sua autoestima.

“Em grande medida, os mecanismos de imposição do silêncio e de contenção das mulheres no parto estão centrados na sua desmoralização por terem atividade sexual. Essa atitude é uma constante em muitos países e em várias formas de assistência à saúde reprodutiva. É utilizada para deslegitimar a fala das mulheres quando elas se queixam de dor ou quando reagem a condutas percebidas como ameaças a sua integridade ou sua segurança.” (DINIZ, 2004)²⁷

²⁴ 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.60. 2012.

²⁵ Fundação Perseu Abramo/SESC. *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. São Paulo, 2010. p.177. Disponível em <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em 19 out. 2017.

²⁶ Idem.

²⁷ DINIZ, Simone. *Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina*. 2004. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>> Acesso em 21 out. 2017.

É nítida a repressão à sexualidade da mulher, aos seus direitos reprodutivos, e os julgamentos nas falas dos profissionais de saúde, assim como o abuso da autoridade médica que se aproveita da sua posição perante a mulher para coagi-la a determinado comportamento sob ameaça de não atendimento e, falsamente, de prejuízo à saúde do bebê.

“pra ser muito sincera já usei, não: ‘não venho te atender’, mas: ‘olha não grita por que você tá num quarto com mais pessoas, não adianta gritar’. Mas eu sempre oriento, não vou lá simplesmente falo com a paciente e saio. Mas isso é praticamente todos os dias, a gente ouve. Às vezes o médico diz ‘se você continuar gritando não vou te examinar’, ‘se você continuar gritando seu neném vai nascer surdo’, a gente ouve assim ‘você vai prejudicar o seu neném.’” (DEPOIMENTO DE UMA ENFERMEIRA) (AGUIAR, 2010).²⁸

Dessa forma a paciente, mesmo contra vontade, se cala e se submete ao profissional, temendo por sua vida e integridade física, assim como a de seu bebê. Tal situação fere a relação de confiança médico-paciente e se configura como violência institucional sofrida no ambiente hospitalar.²⁹

São também comuns condutas negligentes por parte dos profissionais de saúde para com as parturientes, causando sentimento de angústia, descaso, abandono e medo, diante do receio de um prejuízo de sua saúde e da de seu bebê pela falta de assistência de um profissional que lhe assista e instrua durante o parto.

As mulheres por vezes são negligenciadas e destratadas pelos profissionais, com atendimento mecânico e desumanizado, sem consideração e cuidado com a condição física e o

²⁸ AGUIAR, Janaina Marques. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como questão de gênero*. p.133. 2010. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAGuiar.pdf>> Acesso em 19 out. 2017.

²⁹ AGUIAR, Janaina Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>> . Acesso em 17 out. 2017.

psicológico da paciente sob seus cuidados. Os relatos das vítimas indicam, com clareza, a gravidade da situação. Suas necessidades são invisibilizadas pela prática sexista.

“Então a gente passava um dia inteiro com a camisola suja de sangue, porque não tinha roupa limpa no hospital pra fornecer pra gente e o que minha mãe levava elas também não deixavam entrar. Eu passei três dias sem escovar os dentes, sem pentear o cabelo.” (Pollyane Rosa, vítima de violência obstétrica)³⁰

“Então eles, depois de ter feito aquele corte [episiotomia] que a gente sabe que faz quando o parto é normal, eles me deixaram na maca e saíram, as enfermeiras pediram pra que eu descesse, então eu descii da maca, subi em uma cadeira de rodas, sangrando muito, me levaram pro corredor em frente a sala de parto, e me mandaram subir de volta em outra cama, então na hora que eu levantei pra subir eu desmaiei, ai eu lembro que quando eu comecei a voltar ao normal a enfermeira voltou pra mim e falou ‘sobe rápido antes que você desmaie de novo’” (Juliana Moreira, vítima de violência obstétrica).³¹

A negligência também é usada por alguns profissionais como forma de punição a mulheres que tenham um comportamento considerado inadequado, são “escandalosas” ou que “não cooperam”, ou então como forma de coação, se utilizando da ameaça de não atender a parturiente caso não colabore.

“(…) são pacientes que não se submetem à obediência que lhes é esperada e à aceitação da dor do parto como algo natural, um preço a ser pago para ser mãe. Nessa situação, a maioria dos profissionais revelou utilizar uma conduta “mais ríspida”, ameaças e “aumentar a voz” como formas de coagir a paciente a “colaborar”. Essas ações, tidas como necessárias, são consideradas como legítimas no exercício da autoridade profissional pela maioria dos entrevistados (...)” (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013)³².

³⁰ A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 26 out. 2017

³¹ Idem.

³² AGUIAR, Janaina Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>> . Acesso em 17 out. 2017.

Nesses casos a conduta dos médicos e enfermeiros nem sempre é vista por eles ou seus colegas de trabalho como uma violência e sim como apenas um exercício de sua autoridade profissional³³.

Assim não há um diálogo, apenas a repressão por parte do profissional da área médica, que se vale da violência psicológica para que a mulher siga seus comandos e permaneça quieta, sem se manifestar ou demonstrar suas dores e inquietações, em uma visão da mulher como um corpo biomédico³⁴ e não um sujeito ativo no parto.

Isso se reflete na recusa de profissionais em esclarecer procedimentos e dar informações às parturientes, algumas vezes alegando que elas “não iriam entender”. Desse modo, a mulher fica sujeita às intervenções dos médicos sem saber quais procedimentos serão adotados, o porquê desses procedimentos, quais seriam as possíveis complicações e alternativas³⁵.

Em diversos estudos, em diferentes continentes, várias mulheres descreveram os profissionais de saúde como cruéis, grosseiros, bruscos, antipáticos, que muitas vezes gritavam com elas e as repreendiam. Por vezes eram tão maltratadas que tinham medo de pedir ajuda, gritar ou expressar dor por medo de represálias³⁶.

Entre as violências psicológicas citam-se também os comentários jocosos a respeito do corpo da parturiente (pode ser considerada igualmente uma violência sexual, que será

³³ AGUIAR, Janaina Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilian Blima. *Violência institucional autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>>. Acesso em 24 out. 2017.

³⁴ Idem.

³⁵ PARTO DO PRINCÍPIO; ESPIRITO SANTO: FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. *Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*, 1ª edição. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em 18 out. 2017.

³⁶ D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*. 2002. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/c231/2f9c85b50cda7777dacede68b06b41fad965.pdf>> . Acesso em: 20 out. 2017.

abordada mais a frente) e a obrigação da utilização de avental aberto na parte de trás, que deixa seu corpo exposto e fere sua privacidade³⁷.

Além do avental, outra prática que fere a privacidade e intimidade das pacientes é o exame de toque realizado sucessivas vezes por profissionais diferentes, em alguns casos até por diversos estudantes, sem consentimento, como se a parturiente fosse apenas um objeto de estudo.

“Antes de finalmente ser internada, passei por um exame de toque coletivo, feito por um médico e seus estudantes, para verificar minha dilatação. ‘Já dá para ver o cabelo do bebê, quer ver pai?’ mostrava o médico para seus alunos e para o pai do meu filho. Consigo me lembrar de poucas situações em que fiquei tão constrangida na vida.” (DEPOIMENTO DE UMA PACIENTE) (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013)³⁸

Cabe destacar que além da ameaça de dano a saúde do bebê pela “não colaboração” da parturiente com o profissional, por vezes ocorre a culpabilização da mulher no caso de morte do bebê, acusando-a de ser responsável pela morte do filho ou de estar tentando matá-lo por não fazer exatamente o que é pedido.

Essa culpabilização da mulher pela morte do próprio filho durante o parto pode ser extremamente traumática e causar danos psicológicos que lhe afetarão pelo resto da vida.³⁹

“Viu o que você fez com o seu filho?” fala recorrente de médicos na sala de parto diante da morte de um bebê durante o parto, Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES

³⁷ PARTO DO PRINCÍPIO; ESPIRITO SANTO: FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. *Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*, 1ª edição. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em 18 out. 2017.

³⁸ 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-hora-de-fazer-nao-gritou/>> Acesso em 21 out. 2017.

³⁹ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Príncipe para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 138. 2012.

“O médico só gritava: ‘puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!’. (...) ‘Não adianta, esse já era eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?’(...)” K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG. (DOSSIÊ, REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)⁴⁰

1.2.2 – Violência de caráter físico.

É toda violência praticada sobre o corpo da mulher que se encontra indefesa frente ao pessoal de saúde. Alguns atos são considerados como rotineiros e necessários pelos profissionais que atende as parturientes. Dentre estas se destacam:

“Ações que incidam sobre o corpo da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.” (DOSSIÊ, REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)⁴¹.

As violências físicas também podem ser caracterizadas pela utilização de procedimentos ultrapassados e sem base científica, alegando benefícios quando, na realidade, são danosos à parturiente e causam prejuízos à saúde da mulher, fisicamente e psicologicamente. Também pelo uso excessivo e/ou desnecessário de intervenções, aumentando os riscos de iatrogenia⁴².

“Os residentes entram num hospital e passam a ser caçadores de patologia. Quando aparece uma mulher normal, eles não sabem o que fazer. (...) O conhecimento cirúrgico é mais fácil que o emocional. Quanto mais passiva a paciente, mais fácil

⁴⁰REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 138. 2012.

⁴¹ Idem, p.60.

⁴² Malefícios ou doenças causadas por tratamento médico.

para a prática médica.” Professor de medicina, São Paulo. (DINIZ; CHACHAM, 2006)⁴³

“Nosso modelo obstétrico é no mínimo desatualizado, a gente tem práticas que são usadas de rotina hoje em dia que foram instauradas há duzentos anos atrás sem nenhuma evidencia científica e continuam sendo feitas hoje em dia por simples rotina, porque se aprendeu a fazer assim e nunca se questionou. A gente tem um excesso de intervenção e um excesso de morte, e a gente tá começando a se perguntar se não é justamente devido ao excesso de intervenção que estão acontecendo algumas dessas mortes” (Adele Valerini, Doula)⁴⁴.

1.2.2.1 – Episiotomia.

A episiotomia consiste em um procedimento cirúrgico efetuado a fim de aumentar o tamanho do canal vaginal para a passagem do bebê (ampliar o canal do parto). O corte é realizado no períneo com tesoura ou bisturi e necessita de sutura, são diversas as estruturas do períneo afetadas, como os músculos, vasos sanguíneos e tendões.⁴⁵

Tal cirurgia é realizada sem o consentimento da mulher e sem que ela seja informada sobre suas indicações, riscos, possíveis benefícios, efeitos adversos ou alternativas a esse procedimento.⁴⁶ Ainda há casos em que a mulher é informada de que o procedimento será realizado, não consente e ele é realizado contra sua vontade.

“Tinha tudo pra ser perfeito, né? Até o momento que o bebê tava pra nascer e a médica avisar que ia fazer a episiotomia em mim. Na hora eu pedi pra ela: ‘doutora, por favor, não faz isso, eu não quero’. Mas eu tava na cama de hospital, estrebuchando, várias pessoas ao meu redor, eu só queria que o meu filho nascesse,

⁴³ DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. *O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. 2006. Disponível em: <<http://www.narrativasdonascer.org/index.php/narrativas-adicionadas/15-artigo-academico/95-o-corte-por-cima-e-o-corte-por-baixo-o-abuso-de-cesareas-e-episiotomias-em-sao-paulo>> Acesso em 22 out. 2017.

⁴⁴ A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 26 out. 2017

⁴⁵ 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. 80. 2012.

⁴⁶ Idem. p. 80.

em fim, aconteceu a intervenção (...) não era uma coisa que eu queria, eu pedi três vezes pra ela não fazer e ela fez.” (Karenina Mon, vítima de violência obstétrica)⁴⁷

Esse procedimento foi introduzido empiricamente na obstetrícia em 1741, sob a alegação de que traria benefícios à mãe e ao bebê e se tornou um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns na obstetrícia, ainda que não tivesse muita evidência científica. (FRIGO; CAGOL; ZOCHE; ZANOTELLI; RODRIGUES; ASCARI)⁴⁸. Por anos foi utilizada sem contestação até que, a partir da metade da década de 80, passou-se a ter evidências científicas suficientes para a recomendação da abolição da episiotomia de rotina, e a redução de sua prática a no máximo 10%-15% dos casos⁴⁹

Porém, apesar de sua prática ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10% a 15% dos partos normais, o procedimento é utilizado em 53,5% dos casos no Brasil⁵⁰. O número de episiotomias pode ser mais elevado, pois em muitos casos não há registro oficial do procedimento.

As lesões que podem ocorrer no períneo em um parto normal são classificadas em quatro graus, a episiotomia em si é, no mínimo, um trauma de segundo grau⁵¹.

Em estudo realizado por AMORIM em 2014, nos 450 partos normais realizados sem episiotomia, em 59,9% não ocorreram lacerações do períneo, 9,9% ocorreu laceração de 1º grau sem sutura, 7 % laceração de 2º grau sem sutura, 7,2% laceração de primeiro grau com

⁴⁷A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 26 out. 2017

⁴⁸FRIGO, Jucimar; CAGOL, Grasiela; ZOCHE, Denise Azambuja; ZANOTELLI, Silvana dos Santos; RODRIGUES, Renata Mendonça; ASCARI, Rosana Amora. *Episiotomia: (Des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher*, 2014. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_200543.pdf> Acesso em 21 out. 2017.

⁴⁹ ⁴⁹ DINIZ, Simone G. *Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: O caso da episiotomia no Brasil*. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sdiniz.pdf>> Acesso em 22 out. 2017.

⁵⁰ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em 22 out. 2017.

⁵¹ 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. 82. 2012.

sutura e 15,9% laceração de 2º grau com sutura, não ocorreram lacerações de 3º ou 4º grau (AMORIM, 2014)⁵².

Dessa forma observa-se que nos 450 casos não ocorreram lesões mais graves do que a causada pela episiotomia, no máximo, em alguns casos, lesão de mesmo grau. Se o ritmo do parto for respeitado na maioria das vezes o períneo permanecerá íntegro, ou ocorrerão lesões leves, que cicatrizam sozinhas em pouco tempo. A episiotomia não previne transtornos no assoalho pélvico, ao contrário, pode aumentá-los.⁵³

“Se acumularam durante os anos evidências científicas sólidas de que a episiotomia, o corte cirúrgico para ampliar o períneo no parto, não só é desnecessária, como pode ser prejudicial. Todos os estudos controlados (...) mostram que quando não se realiza episiotomia a perda de sangue é significativamente menor, é um corte que é mais difícil de cicatrizar, é mais difícil de reparar, se gastam mais fios, esta associada por cicatrização mais lenta, um aumento da dor perineal pós-parto, e com aumento do tempo necessário para o retorno da atividade sexual.” (AMORIM)⁵⁴

A alegação por parte dos médicos que utilizam a episiotomia é de que, se não for realizada, ocorrerão lacerações graves no períneo da parturiente e que o procedimento previne a incontinência urinária e fecal, alegações que não são cientificamente comprovadas. Ao contrário, existem pesquisas apontando justamente que o uso da episiotomia provoca ou agrava a incontinência urinária, fecal e flatos.⁵⁵

⁵² AMORIM, Melania. *Série Vídeos. Número 1: episiotomia, lacerações perineais e estratégias de proteção perineal*. 2014. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2015/07/serie-videos-numero-1-episiotomia.html>> Acesso em 22 out. 2017.

⁵³ OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. *Frequência e critérios para indicar a episiotomia*, 2004. P. 289. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/06.pdf>> Acesso em 21 out. 2017.

⁵⁴ A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em:26 out.2017

⁵⁵ 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. 82. 2012.

Algumas outras complicações da episiotomia são dores, infecções, deiscência⁵⁶, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma.⁵⁷

Também é realizada por vezes o chamado “ponto do marido”, que consiste na sutura da episiotomia além do necessário para que a região fique mais “estreita”, sob a alegação sem base científica de que a vagina ficaria flácida após o parto e esse ponto preservaria o prazer masculino.

Esse procedimento pode causar à mulher dores durante a relação sexual, é realizado sem consentimento e é visto pelos profissionais de saúde que o praticam como um favor à mulher.⁵⁸ Em alguns casos a sutura é realizada tão além do necessário que impede que ocorra a penetração no ato sexual, de modo que a mulher precisa recorrer a uma cirurgia para reparação.

“E o médico, depois de ter cortado minha vagina, e depois de o bebê ter nascido, ele foi me costurar. E disse ‘Pode ficar tranquila que vou costurar a senhora para ficar igual a uma mocinha!’. Agora sinto dores insuportáveis para ter relação sexual.’ J. atendida através de plano de saúde em São Paulo-SP. (DEPOIMENTO DE PACIENTE) (DOSSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO).⁵⁹

A cirurgia reparatória pode ser necessária não apenas no caso do “ponto do marido”, mas também nos casos em que a episiotomia em si é realizada de forma errada, causando

⁵⁶ Abertura espontânea de suturas cirúrgicas.

⁵⁷ 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. 82. 2012.

⁵⁸Idem. p. 85-86.

⁵⁹Idem. p. 86.

deformidades na vulva. Porém parte considerável das mulheres não têm condições de pagar por uma cirurgia plástica e são obrigadas a conviver com a deformação.⁶⁰

“Meu Deus, tem colega que faz cada uma, eles aleijam as mulheres! Porque, veja, tem a episiotomia que a gente chama de hemibundectomia lateral direita, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas. Fora aquelas episiotomias que deixam a vulva e a vagina toda tortas, que a gente chama de AVC de vulva, sabe quando a pessoa tem um derrame e fica com a boca e o rosto tortos, assimétricos?” (DEPOIMENTO DE UM MÉDICO) (DINIZ, 2004)⁶¹.

Cabe salientar que a episiotomia, além de suas possíveis complicações, também é realizada por alguns profissionais sem anestesia, e é relatada por algumas mulheres como “a principal dor do parto”.

“Entre os médicos existem divergências sobre a necessidade de anestesia, sobre a efetividade da anestesia local e a disponibilidade de anestesia peridural para a realização da episiotomia e da episiorrafia (sutura da episiotomia). Mulheres estão sendo submetidas ao corte e à sutura na vagina sem anestesia ou sem anestesia adequada causando traumas físicos e psicológicos. Muitas mulheres relatam que essa é a principal dor do parto. Quando uma pessoa poderia merecer ser submetida a um corte da vagina e uma sutura sem anestesia?” (DOSSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO)⁶²

“Eu não sei porque o médico tentou me dar anestesia três vezes, aí 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, aí ele falou assim ‘mas agora eu não posso mais parar de fazer o parto pra poder te anestesiarem de novo, senão o bebê pode morrer, e aí 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

⁶⁰REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 89. 2012.

⁶¹DINIZ, Simone. *Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina*. 2004. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>> Acesso em 21 out. 2017.

⁶²REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 86. 2012.

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)⁶³.

Algumas mulheres que sofreram esse tipo de violência no parto chegam a desenvolver comportamentos similares ao de vítimas de estupro, como dificuldade de aceitar o próprio corpo, não ter mais coragem de se olhar, de deixar o marido chegar perto, comprometendo a vida sexual delas durante muito tempo.⁶⁴

Ainda que diante de tantos prejuízos causados por essa prática, a episiotomia continua sendo largamente utilizada nos hospitais brasileiros, violando a integridade corporal, os direitos sexuais e reprodutivos, o direito à informação e escolha informada, à condição de pessoa e equidade no acesso à saúde.⁶⁵

1.2.2.2 – Intervenções com finalidades didáticas.

É violenta a utilização de procedimentos desnecessários nas pacientes com intuito único de ensiná-los aos novos profissionais da saúde, essa conduta pode ser caracterizada como uma violência coletiva, por ser cometida por um grupo de pessoas, que a estão utilizando como objeto de observação e intervenção, invadindo sua intimidade e violando sua integridade física.

Viola também a intimidade a prática de exame de toque por grupo de residentes ou na presença deles sem autorização da paciente que não é consultada e sequer é informada de quem são e da qualificação.

⁶³A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 26 out. 2017

⁶⁴ Idem.

⁶⁵ DINIZ, Simone G. *Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: O caso da episiotomia no Brasil*. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sdiniz.pdf>> Acesso em 22 out. 2017.

Um exemplo da violência por meio de procedimentos desnecessários com intuito didático é a própria episiotomia, já citada, que por vezes é utilizada apenas para que os estudantes e residentes aprendam sua prática e sutura.

“[...]Perguntei baixinho se ela poderia estimar quanto se fazia de episiotomia e de indução ali, ao que cochichou ‘perto de 100%’. Eu pergunte: ‘perto de 100%? Por que?’. ‘Porque eles têm que aprender (olha de soslaio para os residentes) e as mulheres são o material didático deles, falou, fazendo uma concha com a mão em minha direção.(DINIZ, 2001)”(RETIRADO DO DOSSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO).⁶⁶

“Onde você pensa que os cirurgiões de qualquer especialidade dão seu primeiro ponto? Aqui. É sempre numa episiotomia.” (médico, São Paulo) (DINIZ; CHACHAM, 2006)⁶⁷.

“É difícil observar o treinamento de episiotomia sem sentir pena da mulher. Ela está deitada ali tendo contrações e eles têm que tentar várias vezes com a agulha até achar o lugar certo para a anestesia. E depois do nascimento, há uma longa espera até que se faça a sutura, alguns mal sabem segurar os instrumentos cirúrgicos ou dar o nó de sutura” (Médico, Rio de Janeiro) (DINIZ; CHACHAM, 2006)⁶⁸.

1.2.2.3 – Intervenções de aceleração do parto.

A aceleração do parto é uma conduta comum no Brasil e não se trata apenas de uma preferência dos médicos pela cesariana, mas também de um meio de diminuir o tempo de atendimento da mulher.

“Deixar a mulher em trabalho de parto durante muito tempo no leito é uma perda de espaço e limita o número de casos que podem ser atendidos. Por isso induzem todos os partos.” Médico residente, São Paulo. (DINIZ; CHACHAM, 2006)⁶⁹

⁶⁶REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 94. 2012.

⁶⁷ DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. *O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. 2006.

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ Idem.

Entre as intervenções de aceleração do parto estão o rompimento artificial da bolsa, o uso de ocitocina sintética, episiotomia, manobra de kristeller⁷⁰ e fórceps⁷¹. Esses procedimentos não respeitam a fisiologia do corpo da mulher e podem provocar complicações para ela e para seu bebê⁷², além de um aumento considerável da dor do parto.

As parturientes são submetidas a esses procedimentos dolorosos que, em uso rotineiro, aumentam o risco de sequelas e morte, expondo a mulher e o bebê a riscos desnecessários. Também costumam ser realizados sem o consentimento da gestante.

O excesso de intervenções objetiva a diminuição do tempo de trabalho de parto para fins como esvaziar os leitos, deixar a enfermaria “limpa” para o plantão do próximo médico ou para obter tempo de descanso⁷³.

“Eu comparo isto a um canteiro de obras: não se pode parar. Não dá para ir pelo livro, nem esperar a natureza agir. Eu boto todo mundo na ocitocina.” Ginecologista e obstetra, Rio de Janeiro. (DINIZ; CHACHAM, 2006)⁷⁴

A ocitocina sintética é um hormônio artificial usado para acelerar o parto por meio do aumento das contrações, causa também o aumento das dores. É recomendado apenas em casos específicos e, em 2008, entrou na lista das 12 drogas com uso mais associado a erros médicos⁷⁵, porém continua a ser usado no Brasil de forma rotineira.

⁷⁰ Manobra que consistem na aceleração do parto por meio da compressão da barriga da parturiente, empurrando ou subindo nela no momento do parto.

⁷¹ Instrumento destinado a apreender a cabeça fetal pra extração do bebê através do canal do parto.

⁷² 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. 96. 2012.

⁷³ DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. *O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. 2006.

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ DINIZ, Simone Grilo. *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal*. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>> Acesso em: 22 out. 2017.

Quanto ao fórceps também não deve ser usado de forma rotineira pelos riscos de laceração da vagina, por vezes do reto e o risco de causa marcas faciais no bebê, podendo inclusive causar paralisia facial.

“Agora, nós temos procedimentos médicos que são feitos sem necessidade, como por exemplo o abuso, que já existiu muito hoje ta muito reduzido, no uso do fórceps, e normalmente alguns médicos fazem sem qualquer tipo de anestesia ou de qualquer tipo de eliminação de dor, ou seja, se o parto por si só já é uma dor infernal, imagine esse parto aumentada a abertura do canal do parto por meio de um fórceps.”(Dr. Diaulas Ribeiro, Promotor de Justiça do Distrito Federal)⁷⁶

Alterar o processo natural do parto com a submissão das parturientes a uma medicalização desnecessária causando aumento da dor do parto, risco de complicações, de sequelas e até de morte fere a dignidade da parturiente e a integridade física dela e de seu bebê.

1.2.2.4 – Manobra de Kristeller.

Manobra que consiste na aceleração do parto por meio da compressão da barriga da parturiente, empurrando ou subindo nela no momento do parto. Também foi desenvolvida sem fundamentação científica, vários estudos apontam graves complicações de sua prática⁷⁷ e está atrelada a traumas materno-fetais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma conduta claramente prejudicial e ineficaz e que deve ser eliminada⁷⁸. De sua prática pode decorrer o deslocamento da placenta, fratura de costelas, falta de oxigenação do feto, traumatismo craniano, laceração dos órgãos da mãe e inclusive morte. Apesar de todas as suas contraindicações, continua a ser utilizada no Brasil.

⁷⁶ A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em:26 out. 2017

⁷⁷ 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.

⁷⁸ A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em:26 out. 2017

1.2.2.5 – Restrição da posição para o parto.

A posição de litotomia caracteriza-se pela posição em que a mulher deita de barriga para cima e posiciona as pernas em perneiras, é boa para que o obstetra possa visualizar melhor e facilita suas intervenções, porém a posição horizontalizada dificulta o parto pela gestante, pois passa a atuar contra a força da gravidade.

É natural que a mulher sinta vontade de se movimentar durante o parto, isso ajuda no posicionamento do bebê, para que fique encaixado, também possibilita que a parturiente consiga suportar melhor a dor do parto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o uso rotineiro dessa posição como claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada⁷⁹, a ANVISA também recomenda a adoção pela mulher de posições diferentes durante o parto⁸⁰.

Os trabalhos de parto em que a mulher pode caminhar livremente são mais curtos, menos propensos a necessidade de analgesia e há menos chance de ocorrer lacerações no períneo⁸¹. A posição de litotomia prejudica, inclusive, a oxigenação do bebê, ainda assim, em alguns hospitais brasileiros é utilizada em mais de 90% dos partos normais⁸².

1.2.2.6 – Cesariana por dissuasão ou coação da mulher ou por conveniência do médico-obstetra.

⁷⁹REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 107. 2012.

⁸⁰ Idem.

⁸¹PARTO DO PRINCÍPIO; ESPIRITO SANTO: FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. *Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*, 1ª edição. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

⁸² LEAL, M. C.; PEREIRA, A.P.E; DOMINGUES, R.M.S.M; FILHA, M.M.T; DIAS, M.A.B; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>> Acesso em: 24 out. 2017.

A maioria dos trabalhos aponta pela preferência inicial das mulheres pelo parto normal⁸³, entretanto o número de cesarianas no Brasil é bem elevado, principalmente em hospitais particulares.

Isso se deve em grande parte à conduta de médicos que, ao se deparar com uma gestante que deseja o parto normal, tenta dissuadi-la a optar pela cesariana, por vezes usando argumentos sem base científica⁸⁴.

Esse tipo de conduta pode ser realizada por diversos motivos, como a crença dos médicos de que a cirurgia é mais segura, pela pouca habilidade desses profissionais em relação ao parto normal, por conveniência e rentabilidade do procedimento ou pela presunção de que as mulheres preferem a cesariana (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2015)⁸⁵.

É também um modo de esvaziar os leitos, “limpar a área”, não deixando muitos pacientes para o próximo plantonista, já que essa seria uma conduta mal vista pelos seus colegas de trabalho⁸⁶.

Outra preocupação é a preservação da genitália feminina, alegando-se o parto normal tornaria os músculos da vagina flácidos, comprometendo seus atrativos sexuais (DINIZ; CHACHAM, 2006)⁸⁷. Além disso, a cesariana passa a ser para a mulher uma maneira de evitar as violências cometidas pelos profissionais no parto normal.

⁸³ RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. *A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva*. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>> Acesso em 24 out. 2017.

⁸⁴ SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. *Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico*. 2010. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>> Acesso em 24 out. 2017.

⁸⁵ RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. *A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva*. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>> Acesso em 24 out. 2017.

⁸⁶ DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. *O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. 2006.

⁸⁷ Idem.

“Estudos demonstram que os benefícios conferidos ao feto pela cesariana são pequenos Além do procedimento se associar a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal, encontra-se associado ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal. (...) Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, que podem ser reduzidas se a cesariana eletiva for realizada acima da 39ª semana de gravidez.” (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010)⁸⁸.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que no máximo 15% dos partos sejam cesarianas, entretanto no Brasil as cesarianas chegam a aproximadamente 56%, ultrapassando 88% nas redes privadas⁸⁹.

“A face mais marcante do uso indevido de tecnologias em obstetrícia é que, a despeito dos recursos investidos nesta área, a mortalidade materna permanece alta no Brasil e a taxa de prematuridade tem se elevado no últimos anos. Estes aspectos podem ter relação com o grande número de cesarianas agendadas antes do trabalho de parto, prática comum no setor suplementar.

(...)segundo pesquisa realizada em 2007, por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), financiada pela ANS, mais de 90% das cesarianas ocorrem sem que a mulher tenha entrado em trabalho de parto, aumentando a chances do feto ser retirado do útero ainda prematuro.“(ANS, 2009)⁹⁰.

As cesarianas costumam ser marcadas quando a gestante está prestes a completar a 37ª ou 38ª semana, pois no período entre a 37ª e a 42ª o bebê é considerado “pré-termo”, podendo

⁸⁸ SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. *Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico*. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>> Acesso em 24 out. 2017.

⁸⁹ *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. Fundação Perseu Abramo/Sesc. São Paulo, 2011.

⁹⁰ Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal*. 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Projeto_de_intervencao_melhorar_assist_obstetrica.pdf> Acesso em 24 out. 2017.

nascer a qualquer momento, por isso se marca antes dele, evitando que a mulher venha a entrar em trabalho de parto em data inconveniente para o médico.⁹¹

Entretanto, essa antecipação do parto aumenta as chances de o bebê nascer prematuro, o que está associado ao alto risco de morbidade e mortalidade neonatal. Esses riscos não são informados à parturiente.

Há, inclusive, profissionais que se recusam a prestar assistência a parto normal e só informam à mulher no final da gestação, assim ela se sente coagida a se submeter à cesariana por medo de não ser assistida em seu parto.

1.2.2.7 – Falta de atendimento digno.

Entre os tratamentos inadequados está a chamada peregrinação na busca de vaga em hospital, que é uma das principais causas de mortalidade materna⁹².

Nos casos em que a instituição não possui uma vaga para a gestante deveria ser feito o encaminhamento há um hospital que possuísse, porém é comum que a gestante tenha que procurar um hospital por si só, peregrinando por vários até conseguir atendimento.

Tratamento igualmente inadequado é a utilização da tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) sem o consentimento da gestante, pois é desconfortável, pode causar constrangimento e é desnecessário.

Acreditava-se que esse procedimento era necessário para evitar risco de infecção, porém só é necessária na área do corte (no caso de cesariana e de episiotomia). Ainda assim, continua a ser utilizado em toda a região, de forma rotineira, inclusive em cesarianas.

⁹¹REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 118. 2012.

⁹² Idem. p. 130.

É também comum que as mulheres, durante o trabalho de parto, sejam impedidas de se alimentar, essa prática se justifica para o caso de uma possível complicação que levasse a ser necessária uma cesariana, que demanda anestesia.

Porém nos casos de parto de baixo risco ou risco habitual não se justifica a recusa dos profissionais em permitir que a mulher se alimente durante todo o trabalho de parto, que pode chegar a durar mais de trinta horas e exige grande esforço.

A falta de analgesia e banalização da dor das mulheres no parto normal é também apontada como uma das práticas de atendimento desumano e degradante à parturiente. A dor é vista por alguns profissionais como natural do parto normal e pouco ou nada se faz para aliviar o sofrimento da parturiente.

Em pesquisa feita, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo em parceria com a SESC 10% das entrevistadas relatou que lhe foram negados ou não lhe foram oferecidos algum tipo de alívio para a dor⁹³.

É direito da mulher receber alívio para a dor, seja por meio de medicações ou por métodos não farmacológicos, assim como o acesso à anestesia nos casos em que for indicada.

“Se for para fazer analgesia de parto, o anestesista não vem. Ele mora a 30km daqui.” Andressa, Vila Velha (ES).

“Meu médico disse: ‘Você não queria um parto normal? Agora aguenta. Se você não queria sentir dor, tinha que ter pedido cesariana.’ Janaina, São Paulo (SP)⁹⁴

⁹³ Fundação Perseu Abramo/SESC. *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. São Paulo, 2010.

⁹⁴ PARTO DO PRINCÍPIO; ESPIRITO SANTO: FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. *Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*, 1ª edição. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em 25 out. 2017.

“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)⁹⁵

Cabe destacar que um dos métodos considerados não farmacológicos é a própria presença do acompanhante no parto, direito garantido por lei e, conforme OMS, tem benefícios significativos e nenhum prejuízo conhecido⁹⁶.

“Muitas pesquisas comprovam que o acompanhamento contínuo por uma pessoa que você ama trás ótimos resultados perinatais, inclusive uma diminuição da sensação de violência, de isolamento, diminuição do medo e em consequência o trabalho de parto flui melhor, porque o medo é o que trava o trabalho de parto” (Adele Valarini, doula)⁹⁷

Conforme exposto no subcapítulo da violência psicológica é recorrente que mulheres sejam maltratadas durante o parto quando “não colaboram” ou “dão trabalho”, assim, por mais que estejam sentindo dor, tentam se conter para que não sofram ainda mais com um atendimento agressivo.

⁹⁵ 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.

⁹⁶ DINIZ, Carmen Simone Grilo; D’ORSI, Eleonora; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; TORRES, Jacqueline Alves; DIAS, Marcos Augusto Bastos; SCHNECK, Camilla A.; LANSKY, Sônia; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; RANCE, Susanna; SANDALL, Jane. *Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil*. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>> Acesso em 25 out. 2017.

⁹⁷ A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 26 out. 2017

“Olha, tanto que se você perguntar pra uma mulher tem uma coisa assim: ‘Se eu gritar a enfermeira judia de mim. ’ Todos falam” (Obstetra 9). (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013)⁹⁸

O atendimento agressivo pode se dar inclusive nos casos de parturientes atendidas durante o plantão noturno, considerado pela equipe médica como um horário não só de expediente, mas um período de descanso⁹⁹, como também nos casos de abortamento.

Os casos de atendimento de mulheres em situação de abortamento podem ser especialmente desumanos, nesses casos, por diversas vezes, o atendimento dessas mulheres é usado pela equipe médica como forma de punição pelo aborto quando provocado ou quando acreditam ter sido provocado¹⁰⁰.

“O médico deu tapas no rosto dela, chamou de ‘vagabunda’, disse que ela tinha que morrer. Depois veio uma enfermeira e disse que tinha que ter ficado em casa, xingou ela e foi todo o resto nesse jeito.” Verônica, Vitória (ES)¹⁰¹

É comum que ocorra a recusa de lhes proporcionar medicamento para a dor, que sejam xingadas, negligenciadas, acusadas e chamadas de mentirosas quando afirmam ter ocorrido aborto espontâneo, que os médicos ameacem chamar a polícia e utilizem procedimentos dolorosos intencionalmente para lhes causar sofrimento.

⁹⁸AGUIAR, Janaina Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>> Acesso em 25 out. 2017.

⁹⁹REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 137. 2012.

¹⁰⁰D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*. 2002. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/c231/2f9c85b50cda7777dacede68b06b41fad965.pdf>> . Acesso em: 25 out. 2017.

¹⁰¹PARTO DO PRINCÍPIO; ESPÍRITO SANTO: FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. *Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*, 1ª edição. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em 25 out. 2017.

“Ele disse: ‘Agora você vai ficar curtindo a sua dor a noite inteira. Porque a gente só vai fazer sua curetagem amanhã.’ Flávia, Salvador (BA)

“Aí, eles deixam a mulher sangrando esperando e ligam pra polícia. É um absurdo” Gabriela, Vila Velha (ES)

“Eu estava tendo um aborto e o médico achou que eu tinha provocado por causa da minha idade. Aí, ele fez a curetagem sem anestesia. Processei ele.” Juliana, Cachoeiro de Itapemerim (ES)¹⁰²

“A mulher que estava na cama ao lado dizia a todo tempo que ela não tinha provocado o aborto. Era horrível ver o jeito que tratavam dela. Muita grosseria e muito descaso. Ela morreu no dia em que eu tive alta.” L. atendida em um hospital público, Vitória-ES.¹⁰³

1.2.3 – Violência de caráter sexual

Esse tipo de violência se caracteriza por ser:

“Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.”¹⁰⁴

A utilização do enema (lavagem intestinal) é desconfortável, pode causar constrangimento, dor e é desnecessário, portanto não deve ser utilizado sem o consentimento da gestante. É considerada pela OMS como invasiva e desconfortável para as mulheres e que seu uso rotineiro não provou conferir qualquer benefício clínico¹⁰⁵.

¹⁰²PARTO DO PRINCÍPIO; ESPIRITO SANTO: FÓRUM DE MULHERES DO ESPIRITO SANTO. *Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*, 1ª edição. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em 25 out. 2017.

¹⁰³ 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. 139. 2012.

¹⁰⁴Idem. p. 60.

¹⁰⁵ Organização Mundial de Saúde (OMS); USAID from the american people; Maternal and child Survival Program. *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO_RHR_15.05_por.pdf> Acesso em 25 out. 2017.

Exames de toque invasivos, constantes e agressivos, assim como exames repetitivos dos mamilos sem consentimento ou esclarecimento, por vezes podem ser acompanhados de comentários agressivos, porém, ainda que não sejam, são violências de caráter sexual.

“Duas profissionais relataram, uma médica e uma enfermeira, que um colega na hora de colega na hora de fazer um exame de toque em uma paciente, fazia brincadeiras como ‘duvido que você reclame do seu marido’ e ‘Não está gostoso?’”¹⁰⁶

É também um exemplo a episiotomia, pelos danos que causa à genitália feminina e à sexualidade da mulher, assim como o “ponto do marido”, por seus danos e por todo o contexto que leva os profissionais a realizá-lo.

¹⁰⁶FUNDAÇÃO 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-hora-de-fazer-nao-gritou/>> Acesso em 26 out. 2017.

CAPÍTULO - 2 NORMAS DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1. Projetos de lei.

Apesar das recorrentes violações aos direitos das mulheres no pré-parto, parto e pós-parto, à exceção da recente lei estadual nº 17.097/2017, de Santa Catarina, não há no Brasil lei que trate especificamente sobre essa violência.

Há, contudo, três projetos de lei que tratam da violência obstétrica, visando à proteção integral da parturiente contra esse tipo de violência e expondo as condutas violadoras. São a PL 7633/2014 (deputado Jean Wyllys – PSOL/RJ), a PL 7867/2017 (deputada Jô Moraes – PCdoB/MG) e a PL 8219/2017 (Francisco Floriano – DEM/RJ), os três tramitam em regime de prioridade.

O primeiro dos três projetos de lei a ser apresentado foi a PL 7633/2014, em 29 de maio de 2014, que dispõe principalmente sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal. Estabelece o conceito de violência obstétrica em seu artigo 13.

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/puerpério¹⁰⁷.

¹⁰⁷

PL 7633/2014. Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>
> Acesso em 30 out. 2017.

O conceito utilizado é mesmo adotado pela lei venezuelana sobre violência obstétrica¹⁰⁸, país pioneiro em sua tipificação.

O Projeto de lei determina que sejam utilizados procedimentos que tenham sido objeto de revisão e avaliação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou outras instituições de excelência reconhecida, garante o direito da parturiente a escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, a optar por procedimentos que lhe deem mais conforto, incluindo métodos de alívio da dor e garante a presença de um acompanhante (já prevista em lei federal a qual será abordada mais a frente).

Os artigos 3º e 4º estabelecem respectivamente os princípios da assistência humanizada no parto e nascimento e os direitos da mulher em relação à gestação, trabalho de parto, parto, abortamento e puerpério.

Em seu bojo adotam práticas de combate à violência obstétrica através da mínima intervenção, evitando métodos invasivos e medicalização sem justificativa clínica (art. 3º, I e II e art. 4º, III); da garantia do direito a ser informada dos procedimentos a serem utilizados, da evolução de seu parto, bem como do estado de saúde do bebê (art. 3º, III, art. 4º, IV, V, VI); direito a ser protagonista do próprio parto, podendo optar pelo método a ser utilizado, de acordo com sua preferência, entre as alternativas apresentadas pelo médico (art. 4º, II, IV, V); direito a intimidade (art. 4º, I, VII); a ser informada dos benefícios da lactação e receber apoio para amamentação na primeira meia hora de vida (art. 4º, VI); a não ser submetida a exames e procedimentos que visem investigação, treinamento e aprendizagem sem autorização de Comitê de Ética para Pesquisas com Humanos e da própria paciente, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (art. 4º, VII); o acompanhamento de pessoa de sua confiança e livre escolha (art. 4º, VIII) e de alojamento conjunto da mãe com o recém-nascido.

¹⁰⁸ VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, art. 15, 13.

Em seu artigo 5º e 6º estabelece o direito a elaboração de um Plano Individual de Parto, onde irá constar a equipe e profissionais que serão responsáveis por seu parto, assim como poderá a gestante, através dele, manifestar suas vontades relacionadas a procedimentos do parto.

Ao elaborar o Plano Individual de Parto a gestante deverá ser informada pela equipe médica sobre os procedimentos de assistência ao parto, assim como suas implicações (artigo 7º), assim poderá melhor decidir os métodos de sua preferência.

As disposições constantes no Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas durante o trabalho de parto se forem comprovadamente necessárias, intervenções para garantir a saúde da mãe e do bebê em casos emergenciais ou urgentes que indiquem risco de morte materna ou fetal, sendo realizados somente após o consentimento da mulher (artigo 8º).

As alterações deverão ser registradas no prontuário da gestante pelo médico responsável, com a devida justificativa clínica do procedimento adotado (artigo 9º), também serão obrigatoriamente sujeitas a justificativa clínica, com anotação no prontuário, a administração de enemas (lavagem intestinal), de ocitocina sintética, esforços de puxo prolongado e dirigidos durante o período expulsivo, a amniotomia¹⁰⁹, a episiotomia¹¹⁰, a tração ou remoção manual da placenta e adoção de dieta zero durante o trabalho de parto (artigo 10).

Essas medidas são interessantes no combate à violência obstétrica, já que os procedimentos destacados são utilizados rotineiramente em diversos hospitais brasileiros, ainda que contraindicados ou indicados apenas em situações muito específicas, além de serem violadores, pois causam desconforto e/ou dores (e sequelas, no caso da episiotomia) desnecessários.

¹⁰⁹ Ruptura artificial da bolsa amniótica visando à aceleração do parto.

¹¹⁰ Procedimento cirúrgico que visa ampliar o canal do parto por meio do corte do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus).

Assim, a utilização de procedimentos desnecessários ou contrários à vontade da mulher seria reduzida ou, no caso de descumprimento, o Plano Individual de Parto seria utilizado como meio de prova.

O Projeto de Lei garante em seu artigo 11 o direito a não ser submetida a práticas desnecessárias ou contraindicada pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial de saúde, a não ser submetida a intervenções desnecessárias sob alegação de risco à sua saúde ou do conceito, e a não adotar práticas carentes de evidência científica ou suscetíveis de causar danos ao serem aplicados rotineiramente.

Esse dispositivo também protege a parturiente de práticas violentas adotadas durante o trabalho de parto, a exemplo dos já citados no artigo 10.

O artigo 12 garante o direito de se movimentar livremente durante o trabalho de parto, a adotar posições que julgue mais confortáveis e a ingerir líquidos e alimentos leves.

O artigo 14 estabelece condutas consideradas ofensas verbais ou físicas e abrange as práticas observadas no primeiro capítulo da presente monografia, seu rol é exemplificativo.

Entre as condutas de violência psicológica estão tratar a mulher de forma agressiva, não empática, fazer comentários constrangedores, ironizar ou censurar a mulher por comportamentos que externem sua dor (chorar, gritar, ter medo, dúvidas), ignorar suas queixas, impedir seu direito a acompanhante, recusar ou retardar atendimento.

Cita a prática de induzimento da gestante a aceitar cirurgia cesariana sem que seja necessária, sob falsas alegações - riscos imaginários, hipotéticos, não comprovados - apenas por conveniência do médico, sem indicação real ou clínica.

A transferência da mulher a outro hospital sem análise e confirmação prévia de existência de vaga e garantia de atendimento, assim como tempo suficiente para que chegue ao local, o que também uma forma de violência.

A submissão de procedimentos invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como obrigá-la a ficar na posição litotômica¹¹¹; atendê-la de porta aberta, ferindo sua privacidade; realizar exames de toque repetidamente, de forma agressiva ou dolorosa, ou por diversos profissionais sem consentimento e esclarecimento da parturiente; proceder a raspagem dos pelos pubianos (tricotomia); utilizar sem justificativa clínica procedimentos como uso de ocitocina sintética e enema; proceder a aceleração do parto por meio de dilatação manual do colo uterino, pela rotação e tração manual da cabeça ou coluna cervical do concepto, pela tração ou remoção manual da placenta; praticar Manobra de Kristeller.

Também se encontra entre esses procedimentos a realização da episiotomia quando não for considerada clinicamente necessária ou, quando considerada necessária, sem esclarecer a mulher sobre sua necessidade e sem receber seu consentimento verbal. Para efeitos do projeto de lei, é vedada a episiotomia para acelerar o período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou para proteção do períneo a fim de evitar lacerações, não sendo essas justificativas aceitas.

São violentas as práticas de episiotomia e episiorrafia¹¹² sem analgesia adequada ou suficiente; amarrar as pernas da mulher às perneiras em posição litotômica, obrigando-a a permanecer nesta posição; manter algemada durante o trabalho de parto, parto e puerpério mulher que esteja cumprindo pena privativa de liberdade; realizar procedimentos sem a

¹¹¹ Posição deitada de barriga para cima, com pés apoiados em perneiras.

¹¹² Sutura do períneo.

comunicação simples e prévia à mulher e sem seu consentimento; submeter recém-nascido saudável a procedimentos antes de ter contato pele a pele com a mãe e antes de ter recebido estímulo à amamentação; impedir alojamento conjunto, separando a mãe do bebê, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais; impedir acompanhamento da mãe ao recém-nascido que necessitar de cuidados especiais em estabelecimento de saúde; obstruir ou dificultar o acesso do acompanhante à mulher e à criança a qualquer hora do dia e da noite.

O Projeto de Lei prevê não apenas direitos à parturiente, mas também ao recém-nascido (artigo 16).

O artigo 15 estabelece que as disposições do projeto de lei se aplicam igualmente nas situações de abortamento e no parto de natimorto, e inclui em seu parágrafo único como violência obstétrica a coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia em caso de abortamento.

O Projeto de Lei prevê que todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde deverão ser relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e que constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde (artigo 17).

Em seu parágrafo primeiro estabelece que ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal os profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica, enquanto em seu parágrafo segundo estabelece que os casos de violência obstétrica deverão ser notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.

Também estabelece que as instituições e profissionais que não cumprirem o estabelecido no Projeto de Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e omissões (artigo 29), e a criação de comissão nacional por parte do Conselho Nacional de Saúde a fim de acompanhar sua implementação (artigo 30).

A fim de informar as gestantes e parturientes de seus direitos o artigo 18 estabelece o dever de expor nas unidades de atendimento ao parto cartazes informativos contendo as condutas humanizadas contidas no projeto de lei, assim com os órgãos para os quais a mulher poderá denunciar as violências e orientações de como ela deverá proceder caso a violência ocorra.

Quanto a informação dos profissionais de saúde, o artigo 19 prevê obrigação de escolas e cursos na área de saúde a implementar em suas diretrizes curriculares conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde da mulher e do conceito, nos termos do Projeto de Lei.

O segundo Projeto de Lei foi a PL 7867/2017, apresentada em 13 de junho de 2017, que dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

O Projeto também prevê a obrigatoriedade da elaboração do plano de parto e conceitua a violência obstétrica em seu artigo 3º.

Art. 3º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas

regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas.¹¹³

Assim como o Projeto de Lei anteriormente analisado, a PL 7867/2017 estabelece as práticas consideradas ofensas verbais ou físicas (artigo 4º) e seu rol também é exemplificativo.

Entre as práticas estão o tratamento agressivo, grosseiro e zombeteiro; ironizar ou recriminar a parturiente por seu comportamento (chorar, gritar, ter medo, vergonha ou dúvidas), por característica ou ato físico; não responder as suas queixas e dúvidas; tratá-la de forma inferior, utilizando nomes infantilizados e diminutivos; induzi-la a optar por parto cirúrgico sem indicação baseada em evidências e sem esclarecimento dos riscos para a mãe e o bebê.

A recusa de atendimento ao parto; a transferência da gestante sem confirmação prévia de vaga ou tempo suficiente para que chegue ao local em segurança; impedir a presença do acompanhante; impedir a comunicação da mulher pessoalmente ou por telefone; submetê-la a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes em desacordo com as normas regulamentadoras; manter as detentas algemadas durante o trabalho de parto; realizar procedimentos sem permissão da mulher e sem esclarecimento, de modo acessível, das necessidades de tal procedimento.

Consideram-se também a demora injustificada para alojar a puérpera em seu leito; a submissão da mulher e recém-nascido a procedimentos com fim exclusivo de treinar estudantes; submeter recém-nascido saudável a procedimentos sem que antes tenha contato pele a pele com sua mãe e sem antes permitir o aleitamento; impedir o alojamento conjunto e a amamentação por livre demanda, salvo em situações clinicamente justificadas; não informar

¹¹³ Artigo 3º, PL 7867/2017. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017> Acesso em 2 nov. 2017.

a mulher e o casal sobre métodos e técnicas anticonceptivas reversíveis ou não; obstar o livre acesso do outro genitor ao acompanhamento da puérpera e do recém-nascido.

O Projeto de lei também prevê que os estabelecimentos de saúde deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas no artigo 4º, assim como deverá informar os órgãos e trâmites para encaminhar denúncias no caso de violência obstétrica (artigo 5º).

Em seu artigo 6º prevê que seu descumprimento sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil.

O terceiro Projeto de Lei é a PL 8219/2017, apresentado em 9 de agosto de 2017, dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Caracteriza a violência obstétrica em seu artigo 2º:

Art. 2º. A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia.

As condutas caracterizadas como violência obstétrica por este Projeto de Lei estão elencadas no seu artigo 3º, sendo elas negar atendimento ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal; proferir comentários constrangedores à mulher; ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou de sua família; negligenciar o atendimento de qualidade; impedir a presença do acompanhante; submeter a mulher a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher; impedir ou retardar contato do bebê com a mãe logo após o parto, assim como impedir alojamento conjunto sem necessidade médica; impedir ou dificultar o aleitamento materno.

Diferentemente dos outros dois Projetos de Lei, a PL 8219/2017 prevê penas para o descumprimento das condutas elencadas por ela. No caso das explicitadas, estabelece pena de detenção de seis meses a dois anos e multa.

Quanto ao procedimento de episiotomia, em seu artigo 3º, estabelece como inadequado e violento, devendo ser praticado exclusivamente nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mulher e da criança, devendo ser motivada no prontuário médico. Nesse caso, prevê pena de detenção de um ano a dois anos e multa.

2.2 – Normas de proteção existentes.

Apesar de não haver tipificação da violência obstétrica existem algumas normas que tratam da proteção de determinados direitos da mulher no âmbito da obstetrícia.

2.2.1 – Lei do acompanhante (Lei nº 11.108/2005).

A Lei nº 11.108/2005 alterou a Lei nº 8.080/90 com o intuito de garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-1 (VETADO)

A Lei do acompanhante foi regulamentada à época pela Portaria nº 2.418/2005 do Ministério da Saúde que estabelecia como pós-parto imediato, para seus efeitos, o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico (artigo 1º, § 1º), autorizava ao prestador de serviços a cobrança das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (artigo 1º, § 2º), estando incluídos no valor a acomodação e fornecimento das principais refeições (artigo 1º, § 3º), assim como estabelecia prazo de 6 (seis) meses aos hospitais públicos e conveniados com o SUS para tomar as providências necessárias ao atendimento em seu dispositivo.

A portaria citada já não é mais vigente e o entendimento atual é pela ilegalidade da cobrança de taxa.

Por meio da Portaria SAS/MS nº 238 do Ministério da Saúde¹¹⁴ foi incluída na Tabela de Procedimentos Especiais de Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS a diária de acompanhante para gestante.

Já em relação ao setor privado, a Resolução Normativa RN nº 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - a qual atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde -, determina em seu artigo 23 que o Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende a cobertura das despesas relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato – entendido como período que abrange os 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico -, incluindo a paramentação¹¹⁵, acomodação e alimentação, obrigando a cobertura das despesas do acompanhante pelo Plano.

¹¹⁴ Portaria nº 238 do Ministério da Saúde, 30 de março de 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0238_30_03_2006.html. Acesso em 9 nov. 2017.

¹¹⁵ Uso de vestes higienizadas, touca, máscara.

Desse modo, a cobrança de taxa para permitir a entrada e permanência do acompanhante não só não se justifica, visto que essas despesas já são suportadas tanto no setor público quanto privado, como também seria uma obstrução de um direito garantido à mulher.

Apesar do disposto na Lei nº 11.108/2005, a disposição não é garantia apenas às parturientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou conveniados, pois incluiu o direito ao acompanhante na Lei nº 8.080/1990 a qual estabelece em seu artigo 1º:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.¹¹⁶

Em complemento a Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, prevê em seu item 9.1 do anexo que o serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Já no ano de 2013 foi acrescentado à Lei nº 8.080/90, por meio da Lei nº 12.895/2013, o § 3º no artigo 19- J, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente ao acompanhante.

Portanto verifica-se que o direito ao acompanhante abrange todas as parturientes, atendidas tanto no setor público quanto privado. Assim como ambos são obrigados a informá-las desse direito.

¹¹⁶ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 3 nov. 2017.

2.2.2 – Lei nº 11.634/2007

Dispõe sobre o direito da gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde – SUS ao conhecimento e vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

A maternidade a qual a gestante será vinculada deverá ser apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional (artigo 1º, § 2º), assim como nos casos de inaptidão técnica cuidará da transferência segura da gestante (artigo 2º).

Essa lei pretende evitar a chamada peregrinação na busca de vaga em hospital, na qual a gestante se desloca por diversos hospitais até conseguir atendimento, essa peregrinação é uma das principais causas de morte materna¹¹⁷.

2.2.3 – Lei nº 13.257/2016

Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera, entre outras, a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA). Em suas alterações ao ECA prevê a promoção de alguns direitos da mulher em situação de parto e do recém-nascido.

Nas alterações ao artigo 8º do Estatuto estabelece o direito da mulher à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (caput); a garantia, no último trimestre da gestação, à vinculação ao estabelecimento em que ocorrerá o parto, garantido o direito de opção da mulher (§ 2º); acesso a grupos de apoio à amamentação (§ 3º); assim como orientação à gestante sobre aleitamento materno (§7º).

¹¹⁷REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 130. 2012.

Também prevê a garantia da gestante e parturiente ao direito a um acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato (§ 6º) e direito ao parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos (§ 8º).

Outra alteração importante foi a inclusão das unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários na redação do artigo 12º do Estatuto, onde está previsto que os estabelecimentos de saúde – agora inclusos os citados – deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de crianças ou adolescentes.

Assim não cabem dúvidas quanto ao direito de um acompanhamento integral por parte de um dos pais ou responsáveis ao recém-nascido em unidade neonatal.

Apesar de não terem sido implementados por meio das alterações da Lei nº 13.257/2016, a qual está sendo analisada, cabe destacar dois direitos importantes no combate a práticas de violência obstétrica constantes do artigo 10 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Esse artigo estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestante, público e privados, são obrigados a manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos (artigo 10, I, ECA) e a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (artigo 10, V, ECA).

O prontuário individual é importante como meio de prova em caso de emprego de procedimentos contraindicados e desnecessários.

2.2.4 – Lei nº 13.434/2017

A presente lei acrescentou ao art. 292 do Código de Processo Penal o parágrafo único que estabelece a vedação ao uso de algemas em mulheres grávidas durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, assim como em mulheres durante o período de puerpério imediato.

O decreto nº 8.858/2016 que regula a Lei de Execução Penal também traz em seu artigo 3º a vedação do emprego de algemas em mulheres presas em qualquer unidade do sistema penitenciário nacional durante o trabalho de parto, no trajeto da parturiente entre a unidade prisional e a unidade hospitalar e após o parto, durante o período em que se encontra hospitalizada.

2.2.5 – Resolução CFM nº 2.144/2016.

Essa resolução do Conselho Federal de Medicina permite que a mulher escolha a cesariana eletiva¹¹⁸, ou seja, permite que a mulher decida ter seu parto por meio de cesariana ainda que não haja indicação médica.

O objetivo é garantir a autonomia de vontade da gestante, entretanto, a gestante deverá ser anteriormente orientada por seu médico e receber todas as informações sobre o parto vaginal e cesariana, seus riscos e benefícios.

A decisão da gestante deverá ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante (artigo 1º, parágrafo único da Resolução¹¹⁹).

¹¹⁸ Cesariana por escolha, sem necessidade médica.

¹¹⁹ Resolução CFM nº 2.144/2016. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>> Acesso em 4 nov. 2017.

Considerando as elevadas taxas de cesariana existentes no Brasil, que ultrapassam consideravelmente o limite máximo estabelecido pela Organização Mundial de Saúde¹²⁰ - ainda que grande parte das gestantes manifeste interesse no parto normal¹²¹ -, é interessante o estabelecimento da obrigatoriedade de devida informação pelo médico à gestante e a necessidade do registro de seu consentimento.

Dessa forma se está garantindo o direito da mulher à informação, à autonomia e participação ativa nas decisões de seu parto e, caso não deseje ter seu filho por meio de cesariana, a falta do termo assinado por ela não permite que o médico faça o parto por cesariana contra a vontade da gestante sem que haja indicação médica para tal, devendo provar que a cesárea era, de fato, necessária.

A presente resolução, em seu artigo 3º, garante ao médico seu direito de autonomia profissional, assim, caso discorde da decisão da gestante, não está obrigado a proceder contra a própria vontade, devendo, nesse caso, referenciar a gestante a outro profissional.

No entanto, visando garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, em situações de risco habitual, somente poderá ser realizada após a 39ª semana de gestação, devendo haver registro no prontuário (artigo 3º).

Essa medida foi estabelecida devido ao risco do bebê nascer prematuro caso o parto seja anterior a este prazo, o que poderia acarretar em problemas nos pulmões, fígado e cérebro do recém-nascido.

¹²⁰ *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. Fundação Perseu Abramo/Sesc. São Paulo, 2011.

¹²¹ RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. *A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva*. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>> Acesso em 5 nov. 2017.

Cabe destacar que tal resolução se aplica nos casos de cesariana eletiva em situação de risco habitual, caso haja necessidade de parto por cesárea antes desse prazo a fim de resguardar a vida e saúde da gestante ou do feto, não há impedimento.

2.3- Eficácia das normas.

A violência obstétrica, apesar de recorrente, não é tipificada, e as poucas leis de proteção existentes são desconhecidas por grande parte da população e constantemente descumpridas, assim como não preveem penalidades para casos de inobservância.

A previsão de práticas humanizadas que devem ser adotadas no parto e que garantem direitos às parturientes são, em sua maioria, por meio de portarias do Ministério da Saúde e resoluções da ANVISA e ANS, que são normas infralegais sendo ainda mais difíceis de obter cumprimento.

A Lei Federal 11.108/2005 que dispõe sobre o direito ao acompanhante é provavelmente a mais conhecida no que tange à legislação de proteção à mulher no âmbito da obstetrícia, ainda assim a lei possui alto nível de descumprimento.

De acordo com documentário realizado em Trabalho de Conclusão de Curso por acadêmicos da Universidade Católica de Brasília “A Dor além do Parto”¹²², pesquisa realizada em todo Brasil revela que 64% das mulheres não tiveram direito ao acompanhante, já 15,4% sequer sabiam desse direito.

Os hospitais alegam diversos motivos para não permitir esse direito, seja pela restrição relativa às pessoas que podem acompanhar (apenas mulheres, apenas o pai, apenas membro da família, apenas profissional da área médica), seja pelo tempo de permanência (apenas no pré-parto, apenas durante o parto, somente no pós-parto, ou no horário de visita), quanto ao

¹²² A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em:9 de nov. 2017

local em que ocorrerá o parto (no âmbito do SUS alegam que o direito é apenas para hospitais da rede privada, já os da rede privada alegam que é somente para o âmbito do SUS, ou é alegado que é direito apenas para quem tem plano de quarto privativo), pelo tipo de parto (direito válido somente para parto normal ou somente para cesariana), por vezes alegam desconhecimento da lei entre outros¹²³.

Essas restrições impostas não têm respaldo na lei, que garante a todas as parturientes o direito à presença do acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto, seja parto normal ou cesariana, rede pública ou privada.

O acompanhante será o indicado pela parturiente, não há restrição estabelecida na lei, dessa forma não é permitido que tal direito seja negado no caso de acompanhante de sexo masculino, por exemplo, nos casos em que o trabalho de parto se dá em sala de parto coletiva, junto a outras mulheres. Inclusive por se tratar, em sua maioria, do companheiro da gestante, pai da criança que irá nascer.

Ademais o prazo estabelecido à época pela Portaria nº 2.418/2005 – que regulamentava a lei – para a adequação dos hospitais era de 6 (seis) meses, o que já foi ultrapassado há dez anos. Não há, portanto, justificativa para que esse direito continue sendo negado. Esse entendimento pode ser observado no seguinte julgado:

RECURSO INOMINADO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. AUTOR QUE FOI IMPEDIDO DE ACOMPANHAR O PARTO DO SEU FILHO. PROCEDIMENTO DE EMERGÊNCIA. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO. AUTORA QUE NÃO TEVE ASSEGURADO O DIREITO A ACOMPANHANTE DURANTE O PERÍODO DE PÓS-PARTO IMEDIATO. VIOLAÇÃO À LEI Nº [11.108](#)/2005. DANO MORAL CONFIGURADO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. , decidem os Juízes Integrandes da 1ª Turma Recursal Juizados

¹²³ 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. 65-69. 2012.

Especiais do Estado do Paraná, conhecer do recurso, e no mérito, dar-lhe parcial provimento, nos termos do vot (TJPR - 1ª Turma Recursal - 0003708-71.2014.8.16.0026/0 - Campo Largo - Rel.: Renata Ribeiro Bau - - J. 12.05.2015)

(TJ-PR-RI: 000370871201481600260 PR 0003708-71.2014.8.16.0026/0 (Acórdão), Relator: Renata Ribeiro Bau, Data de Julgamento: 12/05/2015, 1ª Turma Recurso, Data de Publicação: 14/05/2015)

“(…) Certo é que a Lei nº 11.108/2005 estabeleceu a obrigação do Sistema Único de Saúde de permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, apontando, ademais, que o acompanhante seria indicado pela parturiente. Tal Lei foi regulamentada pela Portaria nº 2.418/2005 do Ministério da Saúde, que fixou prazo de 06 (seis) meses para que os hospitais públicos e conveniados com o SUS tomassem as providências necessárias para o atendimento do comando legal. Ocorre que in casu ficou demonstrado através dos prontuários médicos, bem como pelo depoimento da médica que atendeu a autora, que o parto em questão se deu em situação emergencial, notadamente porque a bolsa da reclamante estourou por volta das 04h00min e a reclamante só foi encaminhada à maternidade reclamada às 04h30min, tendo a criança nascido às 05h00min, tempo exíguo que evidencia a natureza emergencial do procedimento cirúrgico, haja vista a necessidade de assepsia, anestesia, dentre outras providências. Não bastasse isto, a testemunha ouvida em Juízo confirmou que não haveria tempo suficiente para a preparação do reclamante para acompanhamento do parto, sem que isto resultasse em prejuízo à parturiente e ao bebê, tendo em vista a posição que se encontrava o bebê. E seu depoimento, embora tenha sido tomado sem que prestasse o compromisso legal, pode ser valorado, nos termos do artigo [405](#), [§ 4º](#), do [Código de Processo Civil](#), em especial porque inexistente qualquer indício de que tenha intenção em alterar a verdade dos fatos para favorecer a parte ré. Logo, embora seja direito da parturiente contar com um acompanhante durante o período do parto, não se pode olvidar que tal direito quando em confronto com a vida da autora e do seu filho deve ser relativizado, inexistindo, portanto, neste ponto, conduta ilícita da reclamada que enseje a indenização pleiteada, ainda que seja sabidamente frustrante ao genitor não participar do parto do seu filho. Todavia, ficou inconteste nos autos que durante o período de pós-parto imediato não foi assegurado à reclamante o direito ao acompanhante indicado, qual seja, seu marido. E não obstante alegue a reclamada que tal fato se deu porque a enfermaria é exclusivamente feminina, não sendo possível a presença de um acompanhante do sexo masculino, entendo que tal justificativa não é suficiente para afastar a sua responsabilidade. Ora, como mencionado, a Portaria nº 2.418/2005 estabeleceu prazo de 06 (seis) meses, a contar de sua publicação em

02/12/2005, para que os hospitais públicos e conveniados com o SUS tomassem as providências necessárias para atender as disposições constantes na Portaria, bem como para dar atendimento à Lei nº 11.108/2005, que consagrou o direito da parturiente a contar com um acompanhante, sem qualquer discriminação de sexo. Portanto, não há como se aceitar como razoável e tolerável o impedimento do acompanhamento da parturiente por pessoa do sexo masculino, sobretudo quando se trata do próprio pai da criança. (...)¹²⁴(grifei)

Ainda que tenham conhecimento de seus direitos, há dificuldades para colocá-los em prática, devido à posição em que a mulher e seu acompanhante se encontram diante da equipe médica.

“Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse ‘então eu vou embora e você faz o parto’.” C.M., atendida na rede pública, Barbacena (MG) (DOSSIÊ, REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).¹²⁵

É também comum a cobrança indevida de taxa para a entrada e permanência do acompanhante. É comum, inclusive, que mulheres sejam induzidas a pagar um plano mais caro para que possam ter esse direito.

“Se você fizer o plano de saúde com acomodação em apartamento seu esposo pode sim ficar com você no pós parto, só não poderá assistir a cirurgia do parto a não ser

¹²⁴ PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná - 1ª Turma Recursal – Recurso Inominado nº 000370871201481600260 PR 0003708-71.2014.8.16.0026/0 (Acórdão). Recorrente: Cristiane de Cassia Bonato e outro. Recorrida: Maternidade e Cirurgia Nossa Senhora do Rocio Ltda. Relatora: Renata Ribeiro Bau. Paraná, 12 de maio de 2015. Disponível em: <<https://tj-pr.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/188874951/processo-civel-e-do-trabalho-recursos-recurso-inominado-ri-370871201481600260-pr-0003708-7120148160026-0-acordao>> Acesso em 11 nov. 2017.

¹²⁵ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Príncipe para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 65. 2012.

que ele trabalhe na área médica. Informe sua idade que te passo os valores.” C. corretora do Hapvida.(DOSSIÊ, REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).¹²⁶.

“O plano apartamento pode ficar durante o dia e noite também... O plano enfermagem não poderá dormir, poderá ficar durante o dia somente.” J. Supervisor de Vendas do Santa Casa Saúde, São José dos Campos-SP.(DOSSIÊ, REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).¹²⁷..

Conforme já exposto, a Resolução Normativa nº 428/2017 da ANS determina que a cobertura das despesas do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato faz parte da cobertura assistencial mínima dos Planos Hospitalares com Obstetrícia, já incluindo a paramentação, acomodação e alimentação. Além disso, não cabe aos planos de saúde ou hospitais restringir ou negociar um direito garantido por lei.

Nos casos de descumprimento cabe indenização por danos morais, quanto à cobrança de taxa é também possível a restituição do valor, conforme ilustra a seguinte decisão:

JUIZADOS ESPECIAIS CÍVEIS. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. HOSPITAL CREDENCIADO QUE CONDICIONA O ACOMPANHAMENTO DE CÔNJUGE DURANTE TRABALHO DE PARTO A PAGAMENTO DE DESPESAS HOSPITALARES DE ACOMPANHANTE. DESPESA RELACIONADA AO PROCEDIMENTO DE OBSTETRÍCIA COBERTO PELO PLANO DE SAÚDE, CONFORME PREVISTO NO ART. 22, I, DA RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 338/2013 DA ANS. DIREITO ESTABELECIDO NO CAPUT DO ART. 19-J DA LEI N. 8.080/90. COBRANÇA INDEVIDA. ADEQUADA APLICAÇÃO DO ART. 42 DA LEI 8.078/90. DANO MORAL, NA HIPÓTESE, CONFIGURADO. VALOR ADEQUADO DA INDENIZAÇÃO. RECURSOS CONHECIDOS E DESPROVIDOS¹. Restou incontroverso que a primeira ré MATERNIDADE ELA LTDA. condicionou a presença do autor, como acompanhante, de sua esposa durante a realização do procedimento parto cesariana, coberto pela segunda ré ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. ao pagamento de despesas

¹²⁶ 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.77. 2012.

¹²⁷ Idem.

hospitalares de acompanhante em sala de parto². A recorrente MATERNIDADE ELA LTDA. atribui a responsabilidade à operadora do plano de saúde, ora segunda ré, ao argumento de que houve omissão do plano de saúde do recorrido ao não autorizar a cobertura e, por consequência, realizar o pagamento da taxa do acompanhante, motivo pelo qual efetuou a cobrança de forma legítima do autor. A operadora do plano de saúde, a seu turno, sustenta que todos os procedimentos solicitados foram devidamente cobertos e não houve qualquer solicitação de atendimento pela Maternidade que não tenha sido atendida³. Registre-se, por pertinente, que o artigo 22, da Resolução Normativa n. 338/2013, da Agência Nacional de Saúde (ANS) dispõe que **“O Plano Hospitalar com obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 21 da referida norma, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências: I ? cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente. A Lei n. 11.108/2005 que regula o Sistema Único de Saúde da rede própria ou conveniada, a seu turno, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto.”** 4. Conforme adequadamente valorado pelo e. Juíza sentenciante, verbis: **“forçoso reconhecer que a cobrança promovida pelas rés não tem amparo legal, pois a operadora do plano de saúde é responsável por qualquer custo relacionado à presença de acompanhante em sala de parto. Demais, a cobrança da referida taxa é manifestamente abusiva, pois a presença do pai em sala de parto não gera custos adicionais ao hospital e é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)”**. 5. A par de tal quadro, se houve omissão da operadora do plano de saúde ao não autorizar a específica cobertura, como alegado, cumpriria à Maternidade, ora recorrente, solicitar ao plano de saúde a devida cobertura ou informar ao autor, com antecedência razoável, eventual negativa de cobertura da referida despesa. 6. Ressalte-se que o dever de lealdade imposto aos contraentes deve ser especialmente observado nos contratos de adesão em que não há margem à discussão das cláusulas impostas aos consumidores aderentes, obrigando o fornecedor a um destacado dever de informação, probidade e boa-fé na confecção do instrumento. 7. **Com efeito, vulnerado qualquer um dos deveres contratuais indicados, se há cobrança indevida, efetivo pagamento e engano injustificável, com clara vulneração da boa-fé objetiva, a devolução em dobro, conforme regra expressa do parágrafo único do art. 42 da lei n. 8.078/90, é medida que se impõe.** 8. Assim, acertada a sentença que condenou as rés, solidariamente, à repetição de indébito e ao pagamento de indenização por danos morais. 9. O valor

da indenização por danos morais foi arbitrado de maneira razoável e proporcional (R\$2.000,00), devendo ser mantido¹⁰. Quanto ao termo inicial da incidência de correção monetária e dos juros de mora, a sentença não merece reparo. O termo inicial da incidência da correção monetária quanto ao valor da condenação em danos materiais deve ser a data do efetivo desembolso, que ocorreu em 26-5-2015 (ID 207899) e os juros devem incidir a partir da citação inicial (art. 405 do [Código Civil](#), c/c, art. 219 do [Código de Processo Civil](#)), por se tratar de responsabilidade contratual^[1]. No que tange ao valor da indenização por dano moral, o termo inicial dos juros de mora, igualmente, é a data da citação. 11. Recursos conhecidos e desprovidos. Sentença mantida por seus próprios e jurídicos fundamentos. A súmula de julgamento servirá de acórdão, conforme determina o art. 46 da Lei nº 9.099/95. Custas pro rata. Cada parte arcará com os honorários de seu advogado. [1] ?(...) Tratando-se de responsabilidade contratual, os juros moratórios incidirão a partir da citação. Precedentes.(...)? (STJ - AgRg no REsp: 1416952 RS 2013/0370867-0, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento 17/12/2013, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 19/12/2013.).

(TJ-DF- RI: 07132883220158070016, Relator: SANDRA REVES VASQUES TONUSSI, Data de Julgamento: 14/10/2015, PRIMEIRA TURMA RECURSAL, Data de Publicação: Publicado no DJE: 20/10/2015. Pág.: Sem Página Cadastrada.)¹²⁸ (grifei)

A Resolução Normativa n. 338/2013, da Agência Nacional de Saúde (ANS) citada foi revogada, estando vigente a Resolução Normativa nº 428/2017 da ANS, que dispõe o mesmo da anterior quanto ao conteúdo em questão.

¹²⁸DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios - 1ª Turma Recursal – Recurso Inominado nº 07132883220158070016. Relatora: Sandra Reves Vasques Tonussi. Distrito Federal, 14 de outubro de 2015. Disponível em: <<https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/310722184/recurso-inominado-ri-7132883220158070016>> Acesso em: 11 nov. 2017.

.CAPÍTULO 3 - DEMAIS NORMAS DISPONÍVEIS EM CASO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

Conforme exposto, as leis que tratam especificamente sobre o tema no Brasil são poucas, esparsas e não abrangem grande parte das violências cometidas.

Essa falta de normas não significa que não haja violações de direitos ou que essas violações não possam ser tratadas no âmbito jurídico. Nesses casos são aplicadas as normas existentes equivalentes aos danos causados, como exemplo a lesão corporal ou indenização por danos morais.

Assim como qualquer pessoa, os profissionais da saúde serão responsabilizados caso cometam um dano, seja no âmbito penal, civil ou administrativo. Suas responsabilidades penal, ética (relacionada a condutas que firmam do Código de Ética Médica) e civil serão tratadas neste capítulo, tal qual sua eficácia.

3.1. Responsabilidade Penal.

O Código Penal compreende condutas passíveis de ser enquadradas em casos de violência obstétrica. Cabe salientar que a maioria das violações é por meio de condutas na modalidade culposa (artigo 18, inciso II, do CP), quando o agente dá causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

A imprudência médica ocorre quando a conduta é praticada sem a cautela necessária, por intempestividade, precipitação, insensatez ou inconsideração; a negligência médica pela inação, indolência, inércia, passividade e a imperícia médica por inobservância das normas, despreparo prático ou insuficiência de conhecimentos técnicos (FRANÇA, 2010)¹²⁹.

¹²⁹FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito Médico*, 10ª ed., p. 219 e 225.

Ressalta-se a possibilidade de incidência da agravante presente no artigo 61, inciso II, alínea g, do Código Penal, pelo cometimento de crime com abuso de poder ou violação de dever inerente a cargo, ofício, ministério ou profissão.

O homicídio culposo (artigo 121, § 3º, do CP) incide na eventualidade de morte da mulher ou seu bebê em razão de imperícia, negligência ou imprudência médica, podendo incidir o §4º se a morte ocorreu por inobservância de regra técnica da profissão.

A lesão corporal (artigo 129, do CP) se enquadra nas hipóteses de violação da integridade corporal ou saúde da mulher ou bebê. Ao exemplo de condutas passíveis de produzir esses danos estão a episiotomia, a manobra de Kristeller e o uso do fórceps.

É possível a incidência das modalidades qualificadoras dos §§ 1º e 2º do artigo, as lesões corporais graves e gravíssimas respectivamente. Nas lesões de natureza grave, no âmbito da violência obstétrica, aplica-se a qualificadora se a lesão resulta em incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (I), em perigo de vida (II) ou debilidade permanente de membro, sentido ou função (III).

Cabe salientar que, quanto à incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, trata-se não necessariamente das ocupações laborais da vítima, segundo Álvaro Mayrink da Costa (2001), citado por Rogério Greco (2009, p.275), seu conceito é funcional e não econômico, abrangendo as atividades corporais, físicas ou intelectuais do sujeito passivo.¹³⁰

Já quando à qualificadora da debilidade permanente de membro sentido ou função, ressalta-se que se trata de um enfraquecimento ou uma redução da capacidade funcional e que sua permanência não deve ser entendida no sentido de ser eterna, sem possibilidade de retorno

¹³⁰ COSTA, Álvaro Mayrink da. *Direito penal - Parte especial*. 5ª Ed. Rio de Janeiro, RJ, Editora Forense, 2001 apud.GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal. Volume II. Parte Especial*. p. 275. 6ª Ed. Niterói, RJ. Editora Impetus, 2009.

ao *status quo*, e sim como duradoura, permitindo a abrangência de debilidade passível de ser revertida, ainda que após longo período de tempo (GRECO, 2009, p. 178)¹³¹.

As lesões corporais de natureza gravíssima são as elencadas no §2º do artigo 129 do Código Penal e, em relação à violência obstétrica, destaca-se a perda ou inutilização de membro, sentido ou função (III) e deformidade permanente (IV).

A hipótese do artigo 129, §2º, III, do CP, em contraste a do §1º, III do mesmo artigo, exige não a debilidade, mas a perda ou inutilização do membro, sentido ou função, o que poderia ser caracterizado, por exemplo, no caso de a utilização da manobra de Kristeller causar ferimento na coluna vertebral do bebê e, conseqüentemente, uma paralisia.

Quanto à deformidade permanente, refere-se à modificação estética. De acordo Rogério Greco (2009, p. 284) a deformidade deve modificar corpo da vítima de forma visível e grave, ainda que essa visibilidade seja limitada a apenas algumas pessoas. O autor, então, toma como exemplo os danos ocorridos em partes do corpo que somente serão percebidos pelo marido da vítima.¹³²

Já quanto ao caráter permanente da deformidade, o autor entende permanência no sentido de ser duradoura e não perpétua, estando configurada a deformidade permanente ainda que exista a possibilidade de correção por meio de cirurgia plástica¹³³.

Desse modo, não resta dúvidas quanto à possibilidade do emprego dessa qualificadora nas hipóteses de deformidades na vulva e vagina das pacientes causadas por episiotomia, mesmo que a vítima venha a fazer cirurgias a fim de corrigir a deformação.

¹³¹ Idem, p. 178.

¹³² Idem, p. 284.

¹³³ Idem, p. 284.

O abandono de incapaz (artigo 133 do CP) está caracterizado pelo abandono da paciente pelo profissional de saúde, considerando a situação de vulnerabilidade da mulher em trabalho de parto, negligenciada pelo profissional a quem está sob os cuidados. Com a incidência das qualificadoras constantes nos §§ 1º e 2º, quando o abandono resulta em lesão corporal grave e morte, respectivamente.

A omissão de socorro (artigo 135 do CP) também é passível de enquadramento nos casos de violência obstétrica, quando não é prestada assistência à mulher em trabalho de parto, com os devidos aumentos de pena caso a omissão ocasione em lesão corporal grave ou morte (artigo 135, parágrafo único do CP).

Poderiam ser configurados também o crime de constrangimento ilegal¹³⁴ (artigo 146, do CP), nas hipóteses em que o profissional da saúde ameaça não atender a parturiente ou agredi-la caso não siga seus comandos, ou pela utilização de intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento da paciente ou de seu representante legal, salvo iminente perigo de vida (artigo 146, § 3º, inciso I, do CP) e crime de injúria (artigo 140 do CP) em razão de violências verbais que ofendam a dignidade e decoro da paciente.

É possível o enquadramento no artigo, 140, § 3º do CP, caso sejam utilizados na injúria elementos referentes à raça, cor, etnia, origem ou deficiência da paciente.

Apesar dos crimes aos quais estão sujeitos os profissionais de saúde, quando se trata da eficácia, existem muitas barreiras. Conforme é possível visualizar em depoimento do

¹³⁴ É possível também que a vítima de violência obstétrica sofra crime de ameaça (artigo 147, do CP), entretanto, pela análise dos artigos que integram a presente monografia, na maior parte dos casos em que os profissionais de saúde ameaçam a parturiente, o fazem com intuito de constrangê-la a praticar ou deixar de praticar uma conduta que não é imposta ou proibida por lei, o que configura o crime de constrangimento ilegal, sendo a ameaça, nesses casos, apenas o elemento do tipo.

Promotor de Justiça do Distrito Federal, Dr. Diaulas Ribeiro, em documentário “A Dor além do Parto”¹³⁵:

“Tem crimes que não deixam vestígios como nós gostaríamos de encontrar. É difícil provar erros e condutas médicas? É. Porque razão? Porque o sistema de justiça, normalmente, promotores e juízes, conhecem muito pouco de medicina e como conhecem muito pouco e conhecem muitas vezes são como pacientes, acabam tendo uma leitura muito elementar do que acontece nas relações médico-paciente e apelam para a figura genérica da absolvição por falta de provas.” (Dr. Diaulas Ribeiro, Promotor de Justiça do Distrito Federal)

Além disso, de acordo com Genival Veloso de França, nos casos de erros médicos prevalece na doutrina penal a teoria subjetivista da culpa, onde o agente não quer o resultado nem assume o risco de produzi-lo, existindo apenas a previsibilidade de dano e, como se trata de uma previsão eminentemente subjetiva, torna-se difícil atribuir ao médico uma responsabilidade criminal¹³⁶.

Os erros médicos são os definidos como toda forma atípica e inadequada de conduta profissional, caracterizada por inobservância de regras técnicas, capaz de gerar danos à vida ou à saúde do paciente de ser caracterizada como imperícia, imprudência ou negligência. (FRANÇA, 1994)¹³⁷

E em se tratando de erros médicos, no Brasil, a obstetrícia compõe a maior parte, o que demonstra a gravidade das condutas no parto e a necessidade de se dar maior atenção a elas.

“A obstetrícia é mundialmente a especialidade médica com o maior número de ocorrência de infrações, quer na lesão corporal, quer nas mortes, ou seja, 70% de

¹³⁵A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 18 nov. 2017

¹³⁶FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito Médico*, 10ª ed., p. 219.

¹³⁷FRANÇA, Genival Veloso de. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 1994. p. 29.

tudo o que o Ministério Público processa em matéria dos chamados erros médicos estão especificamente nessa especialidade que é a obstetrícia.” (Dr. Diaulas Ribeiro, Promotor de Justiça do Distrito Federal)¹³⁸

Dessa forma, além de os índices de lesões e mortes na obstetrícia serem tão altos, são raras as vezes em que o médico é responsabilizado penalmente. Na maioria dos casos em que há um dano ao paciente, ocorre apenas a responsabilização civil.

3.2. Responsabilidade Ética.

A responsabilidade ética do médico é disciplinada pelo Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09¹³⁹) e sua natureza é administrativa. A fiscalização do cumprimento de suas normas, de acordo com o inciso V, preâmbulo do Código em análise, é de atribuição dos Conselhos de Medicina, das suas comissões éticas e dos médicos em geral.

As penas disciplinares aplicáveis aos médicos que descumpram os preceitos éticos estabelecidos estão dispostas no artigo 22 da Lei nº 3.268/57, são elas: a) advertência confidencial em aviso reservado; b) censura confidencial em aviso reservado; c) censura pública em publicação oficial; d) suspensão do exercício profissional até 30 dias; e) cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal¹⁴⁰.

Essas penas são aplicadas pelos Conselhos Regionais, conforme o artigo 21 da mesma lei o poder de disciplinar e de aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional ao qual estavam inscritos ao tempo do fato punível, ou em que o fato

¹³⁸A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 18 nov. 2017

¹³⁹ Resolução CFM nº 1.931/09 do Conselho Federal de Medicina - Código de Ética Médica. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>> Acesso em 16 nov. 2017.

¹⁴⁰ BRASIL. Lei nº 3.268 de 30 de Setembro de 1957. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm> Acesso em 16 nov. 2017.

ocorreu – no último caso quando o profissional tiver exercido temporariamente a medicina em outra jurisdição (artigo 18, §1º).¹⁴¹

O Código de Ética Médica inclui em seu Capítulo 14 – Disposições Gerais, inciso II, a possibilidade de suspensão do exercício profissional, mediante procedimento administrativo específico, de médicos que cometerem faltas graves previstas no Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade.

Também estabelece que a responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida (artigo 1º, parágrafo único e inciso XIX em seus Princípios Fundamentais, Capítulo 1).

Diversas condutas dispostas no presente Código são passíveis de ser enquadradas aos casos de violência obstétrica. É, primeiramente, vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável por imperícia, imprudência ou negligência (artigo 1º), assim como praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País (artigo 14).

Tal artigo abrange diversas práticas obstétricas, considerando a vasta gama de procedimentos desnecessários utilizados rotineiramente no âmbito da obstetrícia, como o uso rotineiro de ocitocina e episiotomia, a tricotomia, enema, jejum prolongado entre outros, inclusive os contraindicados, como a manobra de Kristeller.

Assim como compreende a indicação de cesariana com base em argumentos falaciosos, contra a vontade da gestante, apenas por conveniência do obstetra, por se tratar de uma imposição de procedimento cirúrgico sem necessidade.

¹⁴¹BRASIL. Lei nº 3.268 de 30 de Setembro de 1957. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm> Acesso em 16 nov. 2017.

É igualmente vedado tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar a dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto (artigo 23, Capítulo 4) e desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais (artigo 38, Capítulo 5), o que se aplica principalmente aos casos de agressões verbais e ao desrespeito à privacidade da parturiente.

O Código garante a autonomia de decisão da paciente através da vedação ao médico de deixar de obter seu consentimento ou de seu representante legal após esclarecê-los sobre os procedimentos a ser realizados, excepcionando os casos de risco iminente de morte (artigo 22, Capítulo 4), assim como veda ao médico que deixe de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo (artigo 24, Capítulo 4)

Com o avanço cada dia mais eloquente dos direitos humanos, o ato médico só alcança sua verdadeira dimensão e o seu incontestável destino com a obtenção do consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais. Assim, em tese, todo procedimento profissional nesse particular necessita de uma autorização prévia. Isso atende ao princípio da autonomia ou da liberdade, pelo qual todo indivíduo tem por consagrado o direito de ser autor do seu próprio destino e optar pelo caminho que quer dar a sua vida. (FRANÇA, 2010)¹⁴²

O consentimento esclarecido, de acordo com Genival Veloso de França, é o consentimento obtido por pessoa capaz civilmente e apta para entender e considerar razoavelmente uma proposta ou consulta isenta de coação, influência ou indução¹⁴³.

O médico tem a obrigação de esclarecer os riscos, vantagens e desvantagens das intervenções, em linguagem que o leigo entenda¹⁴⁴. As informações devem ser corretas e passadas ao paciente de forma que ele compreenda e o paciente tem, inclusive, o direito de recusar um tipo ou modalidade de tratamento, salvo iminente perigo de vida¹⁴⁵.

¹⁴² FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito Médico*, 10ª ed., p. 16 – 17.

¹⁴³ Idem, p. 17.

¹⁴⁴ FRANÇA, Genival Veloso de. *Comentários ao Código de Ética Médica*. p. 50.

¹⁴⁵ Idem, p. 52.

Entretanto, a utilização rotineira de métodos invasivos, desnecessários e dolorosos contra mulheres em trabalho de parto, além de caracterizarem a violência por si só, também são impostos ainda que contra vontade expressa da parturiente.

“Se, apesar da objeção e recusa do paciente, o médico insistir no procedimento, ele está cometendo uma violação aos direitos constitucionais, uma afronta à dignidade humana e um desrespeito aos mais elementares princípios de civilidade, além de cometer crime de constrangimento ilegal (...). Mesmo que a atividade médica seja reconhecida como necessária e os seus meios idôneos e moderados, isso não implica um poder excepcional sobre a vida e a saúde de uma pessoa. Ela tem o direito de resguardar sua autonomia e defender sua integridade física e psíquica. A medicina não é um valor que possa sobrelevar-se a todos os outros valores e subordinar a si todos os interesses. No momento em que ela esbarra nos direitos humanos, não pode ser considerada uma atividade legítima e necessária.” (FRANÇA, 1994)¹⁴⁶

O consentimento citado anteriormente guarda íntima relação não apenas com a autonomia da paciente, mas com seu direito à informação. Este direito também é resguardado pelo artigo 34, do Capítulo 5, o qual veda ao médico que deixe de informar ao paciente o diagnóstico, prognósticos e os objetivos do tratamento.

Assim como o inciso XXI do Capítulo 1 do Código, o qual versa sobre os princípios fundamentais, estabelece que no processo de tomada de decisões profissionais o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

É vedado ao médico praticar a medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado (artigo 110, Capítulo 12). Este artigo retrata a prática comum de expor a mulher sem seu consentimento a diversos alunos, utilizando seu corpo como instrumento de aprendizado sem levar em conta seu pudor e sua dignidade.

¹⁴⁶ Idem, p.52.

É igualmente vedado ao médico abandonar paciente sob seus cuidados (artigo 36, Capítulo 5), caso o faça será aplicada a responsabilização ética e penal cabível.

O artigo 73 do Capítulo 9 trata do sigilo profissional, veda ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal, ou consentimento, por escrito, do paciente. Estabelece em seu parágrafo único que o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Esse artigo é infringido nos casos em que médicos, ao atenderem mulheres em situação de abortamento, comunicam a polícia para que a paciente seja presa em flagrante. O médico não pode denunciar a paciente, pois ela está sujeita a procedimento processual¹⁴⁷, a denúncia nesses casos viola o sigilo profissional.

Os artigos 87 e 88 do Capítulo 10 dispõem sobre o prontuário médico, que deve ser elaborado em letra legível para cada paciente, ao qual o acesso não pode ser negado. Assim como é vedado deixar de fornecer cópia do prontuário ao paciente quando lhe for solicitado, bem como deixar de lhe dar as informações necessárias à sua compreensão, excetuando quando causar riscos ao paciente ou a terceiros.

O acesso ao prontuário é direito do paciente e sua obtenção é importante inclusive como meio de prova em ação judicial, caso ocorram procedimentos desnecessários e/ou danosos.

Conforme observado no primeiro capítulo da presente monografia, são diversas as práticas de violência que ocorrem no âmbito da obstetrícia, seja por meio de falas e condutas agressivas ou utilização de procedimentos dolorosos sem qualquer consideração à paciente.

¹⁴⁷FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito Médico*, 10ª ed., p. 127.

Essas condutas são observadas por outros profissionais da saúde no ambiente de trabalho. Conforme estabelecido no Código de Ética Médica, o médico deve comunicar ao Conselho Regional de Medicina fatos que tenha conhecimento e que caracterizem infrações ao Código ou demais normas que regulam o exercício da Medicina (inciso IV, do Preâmbulo).

Entretanto, na prática, é difícil que esse tipo de conduta ocorra, conforme é possível observar no seguinte depoimento:

“Alguns juízes têm dito, e isso está numa lição do desembargador gaúcho Aualdo Fabrício, que há uma extrema dificuldade em se provar um erro médico exatamente porque os médicos se protegem reciprocamente, influenciados por um certo senso de coleguismo. (...) Com um mal compreendido sentido de solidariedade profissional, é extremamente difícil se obter que um médico, depondo ou periciando, assuma uma posição clara no sentido de comprometer um colega.”¹⁴⁸

O Código veda ao médico deixar de denunciar procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis – assim como praticá-los ou ser conivente (artigo 25, Capítulo 4), acobertar erro ou conduta antiética de médico (artigo 50, Capítulo 7) e deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho ou, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina (artigo 57, Capítulo 7).

Porém, novamente é possível perceber um baixo índice de punibilidade no que se refere à responsabilidade ética dos médicos. A impunidade é quase absoluta, o processo é moroso, podendo durar anos, e na maioria das vezes não chegam a gerar punições.¹⁴⁹

¹⁴⁸ NALINI, José Renato (Prof. Dr.). Responsabilidade Ético-Disciplinar do Médico: Suspensão e Cassação do Exercício Profissional. In: ENCONTRO DOS CRMs DAS REGIÕES SUL E SUDESTE, XII, 2001, São Paulo. Anais. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=3> Acesso em: 23 nov. 2017.

¹⁴⁹A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>> Acesso em: 18 nov. 2017

Em análise ao portal da transparência do Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP -, por exemplo, é possível visualizar que, das sindicâncias encerradas nos anos de 2012 a 2016, mais de 80% foram arquivadas, ou seja, menos de 20% chegaram a ocasionar Processos Ético-Profissionais ou Termo de Ajustamento de conduta.¹⁵⁰

Ainda sim, segundo o Promotor de Justiça do Distrito Federal, Dr. Diaulas Ribeiro, o Código de Ética trata as infrações com mais rigor do que as leis, ao exemplo do crime de homicídio culposo que, em si, não acarreta a cassação do registro médico, a cassação definitiva do registro, em quase 90% dos casos, é feita pelos Conselhos de Medicina¹⁵¹.

“E os conselhos são muito acusados de negligência no processamento das sindicâncias de processos, mas os conselhos ainda condenam mais do que o sistema de justiça em geral, ou seja, o sistema conselhal, ele é mais eficaz pra punir do que o sistema de justiça tradicional.” (Dr. Diaulas Ribeiro, Promotor de Justiça do Distrito Federal.)¹⁵²

3.3. Responsabilidade Civil.

De acordo com o Código Civil de 2002¹⁵³, em seu artigo 927, aquele que por ato ilícito causar dano a outrem fica obrigado a repará-lo. Comete ato ilícito aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral (artigo 186 do CC/2002).

Tal dispositivo é aplicável em relação à responsabilização civil do médico, que ocorre por danos causados ao paciente, sejam eles materiais, morais ou estéticos, causando a

¹⁵⁰ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO - CREMESP. Indicadores de Sindicâncias 2012- 2016. *Portal da Transparência CREMESP* São Paulo. 2016. Sindicâncias. p. 6. Disponível em: <<http://transparencia.cremesp.org.br/?siteAcao=sindicancias>> Acesso em: 19 nov. 2017.

¹⁵¹ A Dor além do Parto. Documentário. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPW5>> Acesso em: 19 nov. 2017

¹⁵² Idem.

¹⁵³ BRASIL. Código Civil. Vade Mecum. 23ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

obrigação de repará-los. Desse modo, quando a ocorrência de violência obstétrica resulta em dano, é possível a reparação civil.

RESPONSABILIDADE CIVIL ERRO MÉDICO Indenização Dano moral e material Parto normal mediante uso de Fórceps de Simpson Apresentação de quadro de infecção puerperal com deiscência da sutura da episiotomia ? Internação em hospital diverso, por oito dias, para tratamento do processo infeccioso instalado, seguido de ressutura da episiorrafia sob raquianestesia Danos materiais, referentes às despesas havidas e comprovadas, a serem suportados pelos réus de forma solidária Recém-nascido mantido em UTI hospitalar durante longo período por apresentar sangramento intracraniano e sofrimento cerebral Perícia neurológica feita no IMESC concluindo pela incapacidade total e permanente da criança Dano moral configurado Arbitramento da verba indenitária nesta sede no montante de R\$ 50.000,00 para a genitora Decreto de improcedência afastado Inversão dos ônus da sucumbência Sentença reformada Apelo provido. DENUNCIAÇÃO À LIDE Cabimento Médico cirurgião integrando o polo passivo da demanda Clínica Materclin, de propriedade do profissional acionado que, embora não tenha prestado assistência direta à paciente, mantém contrato com a Intermédica para a prestação de serviços médicos, avença em que expressamente se responsabiliza por eventuais danos causados aos pacientes Denúnciação acolhida Verbas da sucumbência da lide secundária a cargo dos denunciados.

(TJ-SP - APL: 91116932120098260000 SP 9111693-21.2009.8.26.0000, Relator: Luiz Ambra, Data de Julgamento: 11/09/2014, 4ª Câmara Extraordinária de Direito Privado, Data de Publicação: 12/09/2014)¹⁵⁴

Contudo, no exercício da medicina a obrigação é de meio, não de resultado – exceto nos casos de cirurgias plásticas – e a responsabilidade do médico em regra é subjetiva, assim para que exista a obrigação de reparar o dano é necessária a prova do dolo ou culpa do agente¹⁵⁵.

¹⁵⁴ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo – 4ª Câmara Extraordinária de Direito Privado – Apelação Cível nº 91116932120098260000 SP 9111693-21.2009.8.26.0000. Apelante: Marlene da Silva Oliveira e Souza Apelados: Eduardo Augusto Pereira e outros. Relator: Luiz Ambra. São Paulo, 11 de Setembro de 2014. Disponível em: <<https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/139194633/apelacao-apl-91116932120098260000-sp-9111693-2120098260000?ref=juris-tabs>> Acesso em: 23 nov. 2017.

¹⁵⁵ KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade Civil do Médico*. 6ª Ed. São Paulo, SP. Editora Revista dos Tribunais, 2007. p. 61.

Enquanto, em relação aos hospitais, a responsabilidade é objetiva, não dependendo da existência de culpa para que haja obrigação de reparar o dano, conforme dispõe o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 14, já que o hospital é fornecedor de serviços e o paciente, consumidor.

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

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

I – o modo de fornecimento;

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

III – a época em que foi fornecido.

(...)

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

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

II – a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

§ 4º. A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante verificação da culpa.¹⁵⁶

Assim, provado o dano e o nexo de causalidade, o hospital apenas poderá se eximir da responsabilidade caso faça prova da ocorrência de uma das hipóteses do parágrafo 3º deste artigo.

O Código Civil também estabelece que, em algumas hipóteses, a responsabilidade pode ser objetiva, conforme parágrafo único do artigo 927, que prevê que “Haverá obrigação

¹⁵⁶ BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Vade Mecum. 23ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

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.¹⁵⁷

Porém este dispositivo, que afasta a necessidade de comprovação de culpa, não é aplicável em relação à responsabilidade médica, que, em regra, continua sendo subjetiva.¹⁵⁸ Portanto, enquanto para a responsabilização dos hospitais basta que a vítima prove o dano e o nexo causal, para que ocorra a responsabilização do médico é necessária a comprovação da culpa, ou seja, que o dano foi causado por imprudência, imperícia ou negligência.

É igualmente possível a responsabilização objetiva do Estado, por meio da previsão do artigo 37, § 6º, o qual estabelece que “As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurando o direito de regresso contra o responsável no caso de dolo ou culpa”¹⁵⁹.

Quanto ao entendimento da responsabilidade subjetiva do médico e objetiva do hospital, em caso de erro médico, segue a ementa de decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, especificamente em um caso de erro obstétrico:

"APELAÇÃO CÍVEL DANOS MORAIS Erro médico Autora que realizou parto normal, necessitando posteriormente passar por curetagem uterina devido a permanência de restos placentários no útero Sentença de parcial procedência Inconformismo das partes Acolhimento parcial **O hospital responde solidariamente pelos atos do médico que atuava em suas dependências, e isso independente de vínculo empregatício com o nosocômio Legitimidade passiva caracterizada Obrigação de meio Responsabilidade subjetiva do médico e objetiva do hospital, que pressupõem a prova da culpa do profissional a quem**

¹⁵⁷BRASIL. Código Civil. Vade Mecum. 23ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

¹⁵⁸KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade Civil do Médico*. 6ª Ed. São Paulo, SP. Editora Revista dos Tribunais, 2007. p. 61 - 62.

¹⁵⁹BRASIL. Constituição Federal.1988. Vade Mecum. 23ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

se imputa a prática direta do ato ilícito Culpa do profissional caracterizada
Indenização devida Valor da reparação reduzido de R\$ 20.000,00 para R\$ 10.000,00 Sentença reformada, em parte Recursos dos réus parcialmente providos e negado provimento ao recurso da autora".(v. 10516).

(TJ-SP - APL: 33804920108260400 SP 0003380-49.2010.8.26.0400, Relator: Viviani Nicolau, Data de Julgamento: 31/07/2012, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/08/2012)¹⁶⁰ (grifei)

No caso em tela ficou configurado o dano moral por erro médico, é possível também que haja dano estético e material. O dano moral também pode ser configurado, como visualizado no Capítulo 2 da presente monografia, pelo descumprimento do direito da parturiente ao acompanhante.

Existe igualmente a hipótese de incidência do artigo 948 do Código Civil em caso de homicídio. Pelo inciso II deste artigo, o qual dispõe que a indenização consistirá, além de outras reparações, “na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima”, e a súmula 491 do STF “É indenizável o acidente que cause a morte de filho menor, ainda que não exerça trabalho remunerado”, conclui-se que há a possibilidade de aplicação em caso de morte do bebê pelo erro médico.

Já nos casos de lesão ou outra ofensa à saúde da mulher ou de seu filho, pelo artigo 949 do CC, caberá indenização ao ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de outros prejuízos que o ofendido prove ter sofrido.

O artigo 950 prevê a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, assim como pensão correspondente à importância trabalho para o qual se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu, caso a ofensa resultar defeito pelo qual

¹⁶⁰SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo – 3ª Câmara de Direito Privado – Apelação Cível nº 33804920108260400 SP 0003380-49.2010.8.26.0400. Relator: Viviani Nicolau. São Paulo, 03 de agosto de 2012. Disponível em: < <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22220209/apelacao-apl-33804920108260400-sp-0003380-4920108260400-tjsp> >. Acesso em 20 nov. 2017.

o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho.

Os três últimos dispositivos citados, segundo estabelece o artigo 951 do CC, são aplicados ainda no caso de indenização devida por quem, no exercício da profissão, por negligência, imprudência ou imperícia, causar morte do paciente, lesão ou inabilitá-lo para o trabalho.

Ao exemplo de decisão que acompanha o presente entendimento, observa-se a seguinte ementa:

APELAÇÕES CÍVEIS E RECURSO ADESIVO – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAL E MATERIAL – AGRAVOS RETIDOS E PRELIMINAR – CERCEAMENTO DE DEFESA NÃO CONFIGURADO – PRELIMINAR REJEITADA E RECURSOS IMPROVIDOS . I) Não há cerceamento de defesa se a produção de prova testemunhal era dispensável frente aos elementos de prova existentes nos autos, especialmente os prontuários, destinados ao registro de toda a assistência médica prestada, e que, por sua vez, foram detidamente analisados pelos peritos, de modo a tornar desnecessária a oitiva de testemunhas no caso. II) Não prejudica o direito de defesa da parte o juiz que dá por encerrada a instrução por considerar suficientes, para a elucidação dos fatos e conseguinte formação do seu convencimento, os documentos contidos nos autos. III) Rejeita-se, outrossim, preliminar de cerceamento de defesa, por não ter havido o alegado julgamento antecipado da lide, mas sim aberta instrução probatória, com produção de dois laudos periciais e concessão de prazo às partes para manifestação, com garanti de pleno contraditório. III) Agravos retidos improvidos. Preliminar rejeitada. MÉRITO – ERRO MÉDICO – ESPÉCIE DE RESPONSABILIDADE CIVIL APLICÁVEL AO CASO. I) Na responsabilidade civil médica, ao profissional da saúde se aplica a teoria subjetiva, através da aferição da culpa no desempenho do tratamento ao paciente (obrigação de meio), enquanto os hospitais, clínicas e assemelhados, que se colocam na posição de fornecedores de serviços, são regidos pela responsabilidade objetiva pelos atos praticados pelos médicos que ali atuam. II) Uma vez comprovada a prestação de serviços defeituosos no recinto do hospital, pelo profissional que ali estava trabalhando, não cabe discutir a existência de culpa do nosocômio, tendo em vista o seu dever de responder, objetiva e solidariamente, pelos danos decorrentes do

mau atendimento culposo de médico integrante de seu corpo clínico. PARALISIA CEREBRAL EM RECÉM-NASCIDO – SEQÜELA DECORRENTE DE TRABALHO DE PARTO NORMAL MAL CONDUZIDO – CULPA DO MÉDICO EVIDENCIADA – DEVER DE INDENIZAR. I) Ocorre erro médico quando o resultado danoso, que poderia ter sido evitado, é gerado por ação ou omissão culposa do profissional responsável pelo atendimento. II) Age com negligência, imprudência e imperícia o médico que não segue com rigor as recomendações técnicas do trabalho de parto normal, impossibilitando, assim, que fosse detectado o sofrimento fetal e tomadas as providências cabíveis; comprovação do nexo de causalidade entre o trabalho de parto mal conduzido e a paralisia cerebral da criança. Dever de indenizar existente. RESPONSABILIDADE CIVIL – INDENIZAÇÃO. DANO MORAL – QUANTUM – FIXAÇÃO DE VALOR CONSENTÂNEO COM A REALIDADE DOS AUTOS – MANUTENÇÃO DA VERBA FIXADA NA SENTENÇA – TERMO INICIAL DOS JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA – DATA DA CITAÇÃO E DO ARBITRAMENTO, RESPECTIVAMENTE. I) Inexistindo, no sistema jurídico pátrio, critérios objetivos de quantificação do dano moral, deve-se levar em consideração as circunstâncias do caso concreto e à média aceita pelos tribunais para casos semelhantes, atentando-se para critérios razoáveis e sem descuidar também do caráter pedagógico do arbitramento. Valor mantido. II) Nos casos de erro médico, por se tratar de relação contratual, a correção monetária incide desde o arbitramento da indenização e os juros de mora desde a data da citação Precedente do STJ. PENSÃO MENSAL EM FAVOR DO MENOR E DA MÃE – CABIMENTO – TERMOS INICIAL E FINAL – SUCUMBÊNCIA MÍNIMA DOS AUTORES – APELAÇÕES CÍVEIS DOS RÉUS IMPRÓVIDOS – RECURSO ADESIVO DOS AUTORES PARCIALMENTE PROVIDO. **I) A pensão mensal alimentícia é devida também em favor da mãe em razão da necessidade de cuidados do filho em período integral, totalmente dependente nas atividades diárias. II) A finalidade da pensão em favor da mãe não se confunde com a do filho. A da genitora é cabível pela impossibilidade de trabalho desta, por prestar assistência integral ao filho; já a pensão fixada em prol do filho é devida pela impossibilidade de trabalho dele, que, não fosse a sua incapacidade total e permanente, poderia ingressar no mercado de trabalho e auxiliar na renda familiar. III) O termo inicial da pensão mensal devida ao filho é a data em que completa 14 (quatorze) anos, por se considerar, que, a partir daí, poderia trabalhar e contribuir para a renda familiar. O termo final é a data da sua morte, não havendo sentido em adotar o critério da expectativa de vida, que é 70 (setenta) anos, aplicável só quando há morte da vítima. IV) O termo inicial da pensão devida à mãe é a data do nascimento e o termo final é a data da morte dela, considerando que passará grande parte de sua vida dedicada integralmente ao filho e encontrará grande**

dificuldade de reinserção no mercado de trabalho posteriormente. V) Quando uma das partes litigantes sai vencedora da maior parte de seus pedidos, sendo mínima a sua sucumbência, o ônus deve ser suportado pela outra, conforme dispõe o parágrafo único do artigo 21 do Código de Processo Civil. VI) Recursos dos réus improvidos. Recurso dos autores parcialmente providos. Em parte com o parecer ministerial.

(TJ-MS - APL: 00085885220018120001 MS 0008588-52.2001.8.12.0001, Relator: Des. Dorival Renato Pavan, Data de Julgamento: 28/10/2015, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 29/10/2015)¹⁶¹ (grifei)

A respeito da eficácia, cabe destacar a dificuldade de comprovação da culpa para a responsabilização do médico. Ressalta-se que na apuração da culpa as provas podem ser por meio de testemunhas (quanto às leigas, apenas quando não há uma questão técnica) e, na maioria, por meio de laudo pericial, que deve ser encarado com cautela pelo julgador, pela possibilidade de “por espírito de classe” opinar o perito favoravelmente ao colega em falta¹⁶².

¹⁶¹MATO GROSSO DO SUL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul – 4ª Câmara Cível – Apelações Cíveis e Recurso Adesivo nº 00085885220018120001 MS 0008588-52.2001.8.12.0001. Relator: Desembargador Dorival Renato Pavan. Mato Grosso do Sul, 28 de Outubro de 2015. Disponível em: <<https://tj-ms.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/262135640/apelacao-apl-85885220018120001-ms-0008588-5220018120001>>. Acesso em 20 nov. 2017.

¹⁶² AGUIAR DIAS, José de. Da responsabilidade civil, v. 1, p. 285 apud KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade Civil do Médico*. 6ª Ed. São Paulo, SP. Editora Revista dos Tribunais, 2007. p. 80.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As leis que tratam especificamente da violência obstétrica são poucas e abrangem parte muito pequena se comparado às violações as quais as parturientes são submetidas. Além disso, são leis novas e em sua maioria pouco conhecidas, provavelmente pelo fato de o tema estar ganhando visibilidade apenas nos últimos anos.

Ainda sim essa visibilidade é pequena, conforme já exposto, parte das vítimas sequer reconhece as condutas que sofrem como violência, assim como os próprios profissionais têm dificuldade em reconhecer suas atitudes como violadoras, pela naturalização que ocorre relativamente aos abusos no ambiente obstétrico.

Embora sejam utilizadas outras normas do ordenamento jurídico na falta de norma específica, sua eficácia fica comprometida, considerando que a violência em questão é difícil de ser comprovada, já que a submissão da mulher a procedimentos invasivos e de risco sem necessidade, na maioria dos casos, não são considerados por si só como violência no judiciário.

Para que exista a responsabilização do médico não basta, por exemplo, que uma paciente seja submetida à aplicação de ocitocina sintética, episiotomia ou uso de fórceps desnecessariamente, e sim que, no uso desses procedimentos, ocorra um dano físico e possa ser comprovada a negligência, imprudência ou imperícia do médico.

A violência obstétrica ocorre em um contexto específico, que deve ser levado em consideração pelos legisladores e juízes. É uma violência de gênero e ocorre em um ambiente institucional, em um momento de fragilidade da vítima, que depende daqueles que a agredem.

É necessário que haja a conscientização de mulheres e profissionais, tanto da saúde quanto do direito, relativamente a essa violência. Enquanto não houver, mulheres continuarão

a ter seus direitos básicos ignorados e seus corpos mutilados, carregando cicatrizes físicas e psicológicas e sem meios de proteção efetivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal*. 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Projeto_de_intervencao_melhorar_assist_obstetrica.pdf> Último acesso em: 24 out. 2017.

AGUIAR, Janaína Marques. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. 198 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>> Último acesso em 19 out. 2017

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>> Último acesso em: 25 out. 2017.

AMORIM, Melania. *Série Vídeos. Número 1: episiotomia, lacerações perineais e estratégias de proteção perineal*. 2014. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2015/07/serie-videos-numero-1-episiotomia.html>> Último acesso em: 22 out. 2017.

ARGENTINA. Ley 26.485. *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar La violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen SUS relaciones interpersonales*. Artículo 6º, e. Disponível em:

<https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>
Último acesso em 18 out. 2017.

BRASIL. Código Civil. Vade Mecum. 23ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Vade Mecum. 23ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BRASIL. Constituição Federal.1988. Vade Mecum. 23ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BRASIL. Lei nº 3.268 de 30 de Setembro de 1957. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm> Último acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Último acesso em: 3 nov. 2017.

BRASIL. PL 7633/2014. Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filena me=PL+7633/2014> Último acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. PL 7867/2017. Artigo 3º. Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filena me=PL+7867/2017> Último acesso em: 2 nov. 2017.

BRASIL. Portaria nº 238 do Ministério da Saúde, 30 de março de 2006. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0238_30_03_2006.html>. Último
acesso em: 9 nov. 2017.

BRASIL. Resolução CFM nº 2.144/2016. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>> Último acesso em: 4 nov. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO - CREMESP. Indicadores de Sindicâncias 2012- 2016. *Portal da Transparência CREMESP* São Paulo. 2016. Sindicâncias. p. 6. Disponível em: <<http://transparencia.cremesp.org.br/?siteAcao=sindicancias>> Último acesso em: 19 nov. 2017.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará, 1994.

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: < http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf> Último acesso em: 18 out. 2017.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; D’ORSI, Eleonora; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; TORRES, Jacqueline Alves; DIAS, Marcos Augusto Bastos; SCHNECK, Camilla A.; LANSKY, Sônia; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; RANCE, Susanna; SANDALL, Jane. *Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil*. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>> Último acesso em: 25 out. 2017.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Último acesso em: 19 out. 2017.

DINIZ, Simone. *Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina*. 2004. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>>. Último acesso em: 21 out. 2017.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. *O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. 2006. Disponível em: <<http://www.narrativasdonascer.org/index.php/narrativas-adicionadas/15-artigo-academico/95-o-corte-por-cima-e-o-corte-por-baixo-o-abuso-de-cesareas-e-episiotomias-em-sao-paulo>> Último acesso em: 24 out. 2017.

DINIZ, Simone Grilo. *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal*. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822009000200012&script=sci_arttext> Último acesso em: 22 out. 2017.

DINIZ, Simone Grilo. *Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: O caso da episiotomia no Brasil*. São Paulo – SP. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sdiniz.pdf>> Último acesso em: 22 out. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios - 1ª Turma Recursal – Recurso Inominado nº 07132883220158070016. Relatora: Sandra Reves Vasques Tonussi. Distrito Federal, 14 de outubro de 2015. Disponível em: <<https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/310722184/recurso-inominado-ri-7132883220158070016>> Último acesso em: 11 nov. 2017.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. et al. *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*. The Lancet, v.359, 2002, pp. 1681-1685. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08592-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08592-6/fulltext)> Último acesso em: 25 out. 2017.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 1ª Ed. Rio de Janeiro, RJ. Editora Guanabara Koogan, 1994.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito Médico*. 10ª ed. Rio de Janeiro, RJ. Editora Forense, 2010.

FRIGO, Jucimar; CAGOL, Grasielle; ZOCCHÉ, Denise Azambuja; ZANOTELLI, Silvana dos Santos; RODRIGUES, Renata Mendonça; ASCARI, Rosana Amora. *Episiotomia: (Des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher*, 2014. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_200543.pdf> Último acesso em: 21 out. 2017.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. São Paulo, 2010. Disponível em: < http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Último acesso em: 22 out. 2017.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Violência no parto: Na hora de fazer não gritou*. Fundação Perseu Abramo. 25 mar. 2013. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Último acesso em: 26 out. 2017.

GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal. Volume II. Parte Especial*. 6ª Ed. Niterói, RJ. Editora Impetus, 2009.

KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade Civil do Médico*. 6ª Ed. São Paulo, SP. Editora Revista dos Tribunais, 2007.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A.P.E; DOMINGUES, R.M.S.M; FILHA, M.M.T; DIAS, M.A.B; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>> Último acesso em: 24 out. 2017.

MATO GROSSO DO SUL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul – 4ª Câmara Cível – Apelações Cíveis e Recurso Adesivo nº 00085885220018120001 MS 0008588-

52.2001.8.12.0001. Relator: Desembargador Dorival Renato Pavan. Mato Grosso do Sul, 28 de Outubro de 2015. Disponível em: < <https://tj-ms.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/262135640/apelacao-apl-85885220018120001-ms-0008588-5220018120001>>. Último acesso em 20 nov. 2017.

NALINI, José Renato (Prof. Dr.). Responsabilidade Ético-Disciplinar do Médico: Suspensão e Cassação do Exercício Profissional. In: ENCONTRO DOS CRMs DAS REGIÕES SUL E SUDESTE, XII, 2001, São Paulo. Anais. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=3> Último acesso em: 23 nov. 2017.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. *Frequência e critérios para indicar a episiotomia*, 2004. P. 289. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/06.pdf>> Último acesso em: 21 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Último acesso em: 26 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); USAID from the american people; Maternal and child Survival Program. *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO_RHR_15.05_por.pdf> Último acesso em: 25 out. 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. *Violência Obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*. 1ª Ed. São Paulo; Parto do Príncipe; Espírito Santo; Fórum das mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp->

content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf> Último acesso em: 25 out. 2017.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em:

<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.

Último acesso em: 20 nov. 2017.

Resolução CFM nº 1.931/09 do Conselho Federal de Medicina - Código de Ética Médica.

Disponível

em:

<

<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>

Último acesso em: 16 nov. 2017.

RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. *A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva*. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>> Último acesso em: 5 nov. 2017.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo – 3ª Câmara de Direito Privado – Apelação Cível nº 33804920108260400 SP 0003380-49.2010.8.26.0400. Relator: Viviani Nicolau. São Paulo, 03 de agosto de 2012. Disponível em: < <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22220209/apelacao-apl-33804920108260400-sp-0003380-4920108260400-tjsp>>. Último acesso em 20 nov. 2017.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo – 4ª Câmara Extraordinária de Direito Privado – Apelação Cível nº 91116932120098260000 SP 9111693-21.2009.8.26.0000. Apelante: Marlene da Silva Oliveira e Souza Apelados: Eduardo Augusto Pereira e outros. Relator: Luiz Ambra. São Paulo, 11 de Setembro de 2014. Disponível em: <<https://tj->

sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/139194633/apelacao-apl-91116932120098260000-sp-9111693-2120098260000?ref=juris-tabs> Último acesso em: 23 nov. 2017.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. *Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico*. 2010. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>> Último acesso em: 24 out. 2017.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA. *A Dor além do Parto*. Documentário. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>>. Último acesso em: 19 nov. 2017.

VENEZUELA. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, art. 15, 13. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>> Último acesso em: 18 out. 2017.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná - 1ª Turma Recursal – Recurso Inominado nº 000370871201481600260 PR 0003708-71.2014.8.16.0026/0 (Acórdão). Recorrente: Cristiane de Cassia Bonato e outro. Recorrida: Maternidade e Cirurgia Nossa Senhora do Rocio Ltda. Relatora: Renata Ribeiro Bau. Paraná, 12 de maio de 2015. Disponível em: <<https://tj-pr.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/188874951/processo-civel-e-do-trabalho-recursos-recurso-inominado-ri-370871201481600260-pr-0003708-7120148160026-0-acordao>> Último acesso em 11 nov. 2017.